Nr. 18. 5. maja 1929. ROK VIII.

POLSKA GAZETA LEKARSKA

PRACE ORYGINALNE.

Dr. Józef FELIX. Kraków.

Zakażenie pałeczką Banga u człowieka.

Z I Kliniki Chorób Wewnętrznych U. J.
Dyr. Prof. Dr. Tadeusz Tempka.

W ostatnich czasach mnożą się w piśmiennictwie obcem doniesienia o przewlekłych schorzeniach posoczniczych u ludzi, wywołanych przez pałeczkę Banga. Z polskich autorów jedynie Legeżyński ogłosił w Comptes rendus des séances de la Societé de Biologie o dwóch tego rodzaju przypadkach, spostrzeganych we Lwowie u weterynarzy, którzy ulegli zakażeniu zawodowemu przy wyjmowaniu łożyska u krów po poronieniu zakaźnem. Do tych bardzo nielicznych, odosobnionych doniesień kazuistycznych w Polsce pozwolimy sobie dołączyć spostrzegany przez nas przypadek zakażenia pałeczką Banga u człowieka, zwłaszcza, że schorzenie to ma doniosłe znaczenie epidemjologiczne i kliniczne. Jeżeli wspominam o rzadkości tego rodzaju zakażeń, nie wykluczam tem samem możliwości szerszego rozpowszechnienia tej choroby u nas, odnoszę bowiem wrażenie, że często się jej nie rozpoznaje. I nic dziwnego, gdyż choroba ta jest u ludzi prawie nieznana. Być może, że cały szereg schorzeń rozpoznawanych jako sepsis cryptogenes należałoby zaliczyć do tego rodzaju zakażeń. Przypuszczenia te potwierdza następujące okoliczności: stwierdzono mianowicie, że krowa może wydzielać pałeczki Banga z mlekiem jeszcze po upływie 7 lat po zakażeniu, — stwierdzono dalej (instytut higjeny weterynaryjnej w Dreźnie), że na 22 badań bakterjologicznych mleka w 32% przypadków znaleziono pałeczkę Banga; według badań A. Evans 1 cm³ mleka udojonego jałowo z krowy zakażonej pałeczką Banga może zawierać od 40—50 tysięcy zarazków; wreszcie przekonano się doświadczalnie o właściwościach chorobotwórczych tego drobnoustroju prawie że dla wszystkich zwierząt ssących. Zrozumiałem się tedy wydaje, że przy stosunkowo często się u nas zdarzających poronieniach zakaźnych u bydła zachodzić może możliwość zakażenia i u człowieka, zwłaszcza po wsiach, gdzie ludność często pije mleko nieprzegotowane, pomijając już możliwości innych sposobów zakażenia.

Pałeczka Banga jest drobnoustrojem oddawna znanym w medycynie weterynaryjnej, wywołującym, jak to już wspomniałem t. zw. poronienie zakaźne u bydła i dlatego też nazwaną jest *bacillus abortus infectiosi.* Zarazek ten wywołuje swoiste zapalenie błony śluzowej macicy, ponadto ogólne działanie trujące, prowadząc do poronienia lub przedwczesnego ocielenia. Łożysko często się zatrzymuje i wyjmowane bywa ręcznie, co jest niekiedy przyczyną zakażenia u weterynarzy. Jak już wyżej wspomniałem stanowią również i gruczoły mleczne krowy, zarówno wydzielające jak i niewydzielające, dobre umiejscowienie dla rozwoju tych bakteryj. Zakażenie u krów następuje bądź to drogą przewodu pokarmowego przez zakażony pokarm, albo przez *coitus.* Krowa raz zakażona roni już zazwyczaj kilkakrotnie. Ponieważ i u byków zakażonych często występują zmiany zapalne i martwicze w jądrach, dlatego zrozumiałe jest porównanie do chorób wenerycznych. *Bacillus abortus infectiosi* opisał Bang po raz pierwszy w r. 1896. Zarazek ten stwierdził wymieniony autor w wydzielinie z pochwy u krów, w mleku i w poronionych płodach. Jest to pałeczka tak mała, że przypomina ziarniaka, występuje zazwyczaj w skupieniach zewnątrz i wewnątrzkomórkowo, jest gramujemna, nieruchoma. Żyje we względnej anaerobiozie, na pożywkach rośnie wolno i skąpo. Podczas gdy w ustroju zwierzęcym posiada dość dużą żywotność jest in vitro mało odporna i ginie w ciepłocie 65° w ciągu 5—10 minut.

W r. 1918 (Evans) zwrócono po raz pierwszy uwagę na duże podobieństwo cech morfologicznych i hodowlanych pałeczki Banga z zarazkiem wywołującym gorączkę maltańską, a więc z *bacillus (brucella) melitensis.* Okoliczność ta ma niewątpliwie duże znaczenie biologiczne i kliniczno-lecznicze. Pałeczka gorączki maltańskiej uchodziła bowiem aż do ostatnich niemal czasów za drobnoustrój całkiem swoisty i chorobotwórczy dla człowieka. Zarazek ten opisał w r. 1889 Bruce, stwierdzając go we krwi chorych na gorączkę maltańską i w śledzionie zmarłych. Zazwyczaj stwierdza się tę pałeczkę w krwi chorych, często też i w moczu. Jej chorobotwórcze działanie dla człowieka zostało niebawem potwierdzone przez stosunkowo liczne zakażenia laboratoryjne u osób pracujących z krwią chorych względnie z czystemi hodowlami; nie zanotowano natomiast przypadku bezpośredniego zakażenia człowieka przez człowieka. Sprawę wyjaśnił Zammit, po stwierdzeniu tegoż samego zarazka w mleku i moczu rzekomo zdrowych kóz; 40% kóz maltańskich wykazywało dodatni odczyn zlepiający, 10% kóz wydzielały pałeczki gorączki maltańskiej w mleku. Niegotowane mleko kozie i pochodzące z tego mleka przetwory, ser, etc. były więc źródłem zakażenia. Po zabronieniu spożywania tych wytworów ilość zachorzeń zmniejszyła się o 80%! Bardzo charakterystyczny dla gorączki maltańskiej jest przebieg ciepłoty: podnosi się ona zazwyczaj nagle, czasami tylko zwolna, przebiega jako gorączka ciągła przez 1—2 tygodnie, wykazując następnie w ciągu 1—3 tygodni typ zwalniający, poczem opada do normy. Zazwyczaj następują potem 1 lub 2 okresy gorączkowe, w których ciepłota zwolna się podnosi i zwolna opada. Na skutek tego falistego przebiegu krzywej gorączkowej gorączka maltańska (niesłusznie tak nazwaną, zdarza się bowiem w innych krajach) zwaną jest również *febris undulans.* Choroba ta może trwać szereg miesięcy, nawet powyżej roku. Śmiertelność mała, zaledwie 2%.

Już wyżej wspomniałem o daleko idącem podobieństwie morfologicznem pałeczki gorączki maltańskiej i pałeczki Banga. Poza tem podobieństwem wymienionych drobnoustrojów uderza fakt, że surowice chorych zlepiające jeden z tych zarazków, zlepiają w takich samych rozcieńczeniach i drugi zarazek. To samo dotyczy się także odczynu odchylenia dopełniacza. Również obraz kliniczny zakażenia pałeczką Banga wykazuje daleko idące podobieństwo z gorączką maltańską.

Natomiast inne jest rozmieszczenie geograficzne tych schorzeń. Gorączka maltańska panuje na wybrzeżach morza Śródziemnego, natomiast poronienie zakaźne bydła rogatego rozpowszechnione jest przedewszystkiem w Europie środkowej, a także częściowo i północnej, a więc w krajach w których nie notowano gorączki maltańskiej, gdzie mało się naogół kóz trzyma, względnie gdzie mało spożywa się mleka koziego i jego produktów pochodnych. Zakażenie gorączką maltańską odbywa się najczęściej przez picie niegotowanego zakażonego mleka koziego, zakażenie pałeczką Banga — przez picie zakażonego mleka krowiego, albo przez bezpośredni kontakt z chorem bydlęciem, a więc u weterynarzy przy wyjmowaniu łożyska, lub u osób dozorujących lub dojących. Stosunek obu tych zarazków nie jest jednak ostatecznie wyjaśniony. Amerykańscy autorzy (Grunert) utożsamiają *bacillus melitensis* z pałeczką Banga, która według nich dopiero po przejściu przez ustrój kozy nabiera cech zjadliwości dla człowieka. Prawdopodobnie nie jest to twierdzenie słuszne, gdyż angielscy autorzy (Moor, Carpenter) donoszą o przypadkach chorobowych gorączki maltańskiej u osób, które nie spożywały mleka koziego, tylko mleko krowie. Inni (Bastai, Skarič) twierdzą, że pałeczka Banga nie jest dla człowieka chorobotwórczą i że w opisanych zakażeniach rozchodzi się raczej o pałeczkę gorączki maltańskiej. Opierają oni swoje twierdzenie na doświadczeniach wykazujących, że pałeczka gorączki maltańskiej wywołuje u krów poronienia. oraz na spostrzeżeniach częstego zakażenia laboratoryjnego osób pracujących z krwią chorych na gorączkę maltańską jak z drugiej strony na nieobecności tego rodzaju zakażeń u osób pracujących z krwią chorych na zakażenie pałeczką Banga. Argument ten jednak musi odpaść, stwierdzono bowiem niezbicie własności chorobotwórcze pałeczki Banga dla człowieka. Autorzy ci podają niektóre cechy kliniczne które rzekomo mają przemawiać przeciw utożsamianiu tych chorób; mianowicie, poronień zakaźnych u ludzi dotychczas nie stwierdzono, ponadto, jakkolwiek zdarzają się wypadki poronień u kóz i owiec zakażonych *bacillus melitensis,* to jednakże są to wyjątki. Pod tym względem zakażenia te przebiegają u krów i kóz odmiennie. Co do ludzi, należałoby dopiero sprawdzić, czy poronienia bez znanej przyczyny kobiet wiejskich nie stoją w związku z zakażeniem pałeczką Banga. Sprawa ta wymaga wyświetlenia ze strony ginekologów. Z dotychczasowych doniesień kazuistycznych nie ulega żadnej wątpliwości, że *bacillus abortus infectiosi* Bang wywołuje schorzenie mające obraz kliniczny bardzo zbliżony do gorączki maltańskiej. Rozpoznanie tego

schorzenia, tak jak obecnie sprawa się przedstawia, można jedynie postawić na podstawie dodatniego wyniku prób aglutynacyjnych, odchylenia dopełniacza, względnie dodatniego wyniku badania bakterjologicznego krwi lub moczu. Ponieważ jednak stosunkowo rzadko można wyhodować ze krwi pałeczkę Banga, może okazałoby się pożytecznem szczepienie krwi dootrzewnowo świnkom morskim, zwłaszcza, że metoda ta dała dobre wyniki przy badaniach bakterjologicznych mleka (Carpenter). Świnki morskie padały zazwyczaj po 3—4 tygodniach, przyczem często stwierdzano ropnie z pałeczkami Banga w śledzionie, wątrobie, gruczołach limfatycznych, jądrach, przyjądrzach i pęcherzykach nasiennych. Aglutynacja poniżej 1 : 100 niema znaczenia praktycznego. Dla nas z punktu widzenia klinicznego jest rzeczą ważną, czy *bacillus abortus infectiosi* Bang, wywołujący poronienia zakaźne u bydła wywołuje również swoiste schorzenie u człowieka, a jeżeli tak, to jak ta choroba przebiega. Wobec tego pozwolę sobie przytoczyć przez nas spostrzegany przypadek tego schorzenia, będący równocześnie pierwszym przypadkiem ogłoszonym w piśmiennictwie polskiem.

Chory A. M., lat 28, jest agronomem, pracującym w okolicach Hrubieszowa w Lubelskiem. Chorego objęliśmy w leczenie 11-go stycznia b. r. Skarżył się podówczas na wysoką gorączkę, dochodzącą prawie do 40°, bezsenność, osłabienie, brak łaknienia, wychudzenie i uciążliwe poty, zmuszające chorego do parokrotnej zmiany bielizny w ciągu dnia. Choroba nie rozpoczęła się rzekomo ostro, od kiedy datuje się początek schorzenia, chory dokładnie podać nie może. Wie natomiast, że już w połowie listopada u. r. czuł się osłabiony, miewał stany podgorączkowe, oraz skarżył się na bóle w prawym stawie kolanowym i prawym stawie barkowym. Nadal jednakże pełnił swe codzienne zajęcia i dopiero dnia 9 grudnia u. r. ze względu na postępujące osłabienie położył się do łóżka. Leczono go z początku na grypę, później przypuszczano zmiany gruźlicze w płucach, wreszcie dur brzuszny; lekarz miał stwierdzić podówczas podżółtaczkowe zabarwienie spojówek ocznych. Chory nasz nie widząc poprawy w stanie zdrowia zawezwał do siebie Dr. Freytaga z Lublina, który skierował sprawę na właściwe tory. Ze względu na częstość poronień u bydła w tej okolicy polecił on mianowicie wykonanie prób aglutynacyjnych z bacillus abortus infectiosi w zakładzie Dr. Chronimskiego w Lublinie, przyczem po otrzymaniu dodatniego wyniku (podówczas L:200), skierował chorego do Krakowa. Myśmy mieli możność na podstawie parotygodniowego spostrzegania i prób serologicznych (które wykonał prof. Dr. Gieszczykiewicz) rozpoznanie to potwierdzić. Poza wymienionemi dolegliwościami chory nie miał żadnych skarg ze strony innych narządów. Z chorób przebytych wymienia: w 6-m roku życia odra, w 7 r. płonica i zapalenie nerek, w 8 r. ospa wietrzna, w 19 roku życia zapalenie nerek. Dziedziczność: 0.

Badanie przedmiotowe stwierdzało następujące odchylenia od stanu prawidłowego: ciepłota 39.9°, przy zupełnie wolnem sensorjum. Chory nie sprawiał wrażenia osoby ciężko chorej. Tętno co do jakości nie przedstawiało odchyleń od normy, co do ilości odpowiadało mniej więcej ciepłocie. Lewa granica serca przesunięta nieco w lewo, tony czyste, głośne. Płuca bez zmian. Wątroba nieco powiększona, wystawała o jeden palec poniżej łuku żebrowego w linji sutkowej prawej, gładka, miękka, tkliwa. Śledziona wyraźnie macalna o brzegu ostrym, spoistości nieco twardszej. Innych zmian nie stwierdzono.

B a d a n i a d o d a t k o w e. W moczu z początku jedynie zwiększona urobilina i urobilinogen. Odczyn dwuazowy Ehrlicha i urochromogenowy Weissa ujemne.

Krew: Obraz świeżej kropli prawidłowy. W preparacie barwionym ciałek patologicznych nie stwierdza się. Hg 87%. Ciałek czerwonych 4,390.000. Ciałek białych 3.200 (!). Wskaźnik barwnikowy 0.9. Obraz odsetkowy krwinek białych: bazofilów 0, eozynofilów 0 (!), myelocytów 0, młodych 2%, pałeczkowatych 8%, wielopłatowych obojętnochłonnych 20%, limfocytów 66% (!), monocytów 4%.

Odczyn Vidala z zawiesiną bakteryj durowych i paradurowych wypadły ujemnie. Odczyn Weila-Felixa ujemny. Aglutynacja z bacillus melitensis i bacillus abortus wypadły dodatnio z surowicą czynną i unieczynnioną, mianowicie 1:200 i później 1:400. Posiewy krwi dały wynik ujemny. Obraz „kropli krwi" (guttadiaphot) prawidłowy. Odczyn Wassermanna ujemny. Opadanie krwinek czerwonych nieznacznie tylko przyspieszone (9 mm w ciągu godziny).

P r z e b i e g c h o r o b y: Chorego spostrzegaliśmy z górą 2 miesiące; przez cały ten czas samopoczucie chorego było dobre. Ciepłota przez pierwsze dwa tygodnie dochodziła wieczorami do 39—40°, w godzinach rannych do 38° i nieco poniżej. Ciepłota wieczorna zwolna opadała nie przekraczając później 38° a w godzinach rannych była prawidłowa. Obecnie występują jeszcze wieczorami stany podgorączkowe, dochodzące do 37.1—37.2°. Ciepłota nie miała typu falistego. Chory czując się zupełnie zdrowym, mimo wzniesień podgorączkowych ciepłoty, wrócił do swego zawodu. Poty całkowicie ustąpiły. Łaknienie dobre. Przybytek na wadze. Śledziona cofnęła się pod łuk żebrowy, również wątroby w linji sutkowej prawej wymacać nie można. Powtórnie wykonane próby aglutynacyjne nie różniły się od poprzednich wyników.

L e c z e n i e. U chorego stosowano agrochrom, salvarsan, omnadynę, a od 4 b. m. szczepionkę mieszaną z bacillus infectiosi Bang i bacillus melitensis (którą również sporządził prof. Dr. Gieszczykiewicz). Co do źródła zakażenia tego przypadku nic konkretnego nie można powiedzieć. Poronienia zakaźnego w oborach majątku, którym chory zarządzał, nie było. Chory wie natomiast, że zdarzały się poronienia w sąsiednich oborach. Ponadto podaje chory, że spożywał masło i pijał surową śmietankę, pochodzącą ze spółdzielni mleczarskiej, do której dostarczano mleko z najrozmaitszych obór okolicznych. Nie jest rzeczą również wykluczoną, że chory uległ zakażeniu we wrześniu ubiegłego roku. W tym to czasie był na targach wschodnich we Lwowie po zakupno bydła. W tym celu „macał sztuki" pochodzące z obory w której później stwierdzono z całą pewnością ronienie zakaźne.

Jeżeli więc zestawimy cechy kliniczne tego przypadku widzimy, że są one następujące: 1) przewlekły wielomiesięczny przebieg, 2) gorączka o cechach gorączki nietypowej, przeważnie zwalniającej bez przebiegu falistego, 3) równoległość częstości tętna do wysokości ciepłoty, 4) niestosunkowo dobry stan podmiotowy, 5) bardzo silne poty, 6) powiększenie śledziony i wątroby, 7) bóle stawowe bez zmian przedmiotowych, 8) leukopenja z wybitną limfocytoza i aneozynofilją, 9) nieznaczne tylko przemieszczenie obrazu Schillinga w lewo, 10) bardzo nieznacznie przyspieszone opadanie krwinek czerwonych, 11) brak objawów niedokrwistości wtórnej, 12) prawidłowy obraz „kropli krwi", 13) stale brak w moczu odczynu dwuazowego; urobilinurja i urobilinogenurja tylko w początku spostrzegania zaznaczona, 14) dodatni wynik swoistych prób zlepiających tak odnośnie do bacillus abortus infectiosi Bang, jak i bacillus melitensis.

Porównując cechy kliniczne naszego przypadku z odnośnymi przypadkami z piśmiennictwa obcego, przedewszystkiem niemieckiego (również skąpego), widzimy zasadniczą zgodność obrazu chorobowego: mianowicie głównym opisywanym objawem schorzenia jest również gorączka o typie gorączki zwalniającej lub przerywanej, przebiegu falistym (febris undulans) lub ciągłym, trwająca szereg tygodni lub miesięcy. Wysokość gorączki, która często przekracza 40°, nie stoi w żadnym stosunku do względnego samopoczucia chorego i prawie prawidłowego tętna. Jako dolegliwości subjektywne podawane są zazwyczaj bóle głowy, bóle kończyn i stawów, silne poty. Objektywnie: powiększona śledziona, czasami wątroba. Niekiedy stwierdza się orchitis, wykwity na błonie śluzowej jamy ustnej i skórze, toksyczne zapalenie nerwów. Obraz krwi wykazuje leukopenję z względną limfocytozą i aneozynofilją. Dotychczas stwierdzono częstsze pojawianie się choroby tej u mężczyzn niż u kobiet, nie zanotowano natomiast ani jednego przypadku u dzieci. Najczęściej chorują ludzie między 20 a 30 rokiem życia, opisywano jednakże już przypadki tego schorzenia w wieku późniejszym. Rokowanie dobre. Leczenie: argoflawina, trypaflawina, szczepionka.

Jakkolwiek znane nam są, licząc i nasz pzypadek, tylko trzy przypadki zakażenia pałeczką Banga u ludzi w Polsce, to jednak sprawa ta ma duże znaczenie z punktu widzenia epidemjologicznego. Jak to już poprzednio zaznaczyłem zachodzi możliwość zakażenia tem cierpieniem ludzi mających jakąkolwiek bezpośrednią styczność z choremi krowami względnie spożywających niegotowane mleko lub śmietankę, pochodzącą z zakażonych obór. A dodać należy, że poronienie zakaźne u bydła w Polsce nie należy do rzadkości. Jak się sprawa zakażenia u ludzi przedstawia u nas dziś, nic konkretnego powiedzieć nie można. Bardzo ciekawe szczegóły podaje Christensen z Zakładu Serologicznego w Kopenhadze, obsługującego całe państwo duńskie. Wykonywał on mianowicie z każdej nadesłanej próbki krwi na Vidala również i aglutynację z pałeczką Banga i w publikacji z zeszłego roku podaje, że w ciągu 9 miesięcy zdołał stwierdzić 89 zakażeń ludzkich, z tych 14 w stolicy. W trzynastu przypadkach wyhodowano pałeczkę Banga we krwi, we wszystkich 89 przypadkach otrzymano dodatnie wyniki aglutynacyjne, względnie dodatnie wyniki odchylenia dopełniacza. Od 1 kwietnia 1927 do 1 kwietnia 1928 wykonano ogółem 2.500 badań krwi pochodzących od 2.150 chorych gorączkujących. Jest rzeczą niezmiernie ciekawą, że podczas gdy w 172 przypadkach wypadł dodatni Vidal dla duru i w 126 przypadkach dla paradurów, stwierdzono aż w 222 przypadkach dodatnie pró-

by aglutynacyjne dla pałeczki Banga, przy równoczesnym ujemnym Vidalu dla duru i paraduru. W 18 przypadkach ogółem udało się wyhodować pałeczkę Banga. Stąd wniosek, że zakażenie pałeczką Banga u ludzi jest w Danji częstsze jak durem, względnie zwłaszcza paradurem. Fakt ten, nie przesądzając wcale sprawy u nas, zwłaszcza, że nie trzyma się u nas tyle bydła co w Danji, nakazuje w każdymbądź razie rozpoczęcie badań w tym kierunku. Niewątpliwie bowiem pałeczka Banga odgrywa w patologji ludzkiej większą rolę niż jej dotychczas przypisywano. Na konieczność tego rodzaju badań u nas zwrócił ostatnio już uwagę Szymanowski. Odnośnie do naszego przypadku — to poczyniliśmy już starania aby otrzymać krew osób mających styczność z bydłem w majątku, w którym gospodaruje nasz chory. Niestety jednak, z powodu warunków zewnętrznych, badania te musiały ulec chwilowej zwłoce.

Poza względami natury epidemjologicznej ,posiada badanie w kierunku zakażenia pałeczką Banga jeszcze i pierwszorzędne znaczenie kliniczne. Każdemu bowiem klinicyście znany jest cały szereg przypadków o cechach przewlekłej posocznicy, przebiegających często z leukopenją i limfocytozą, gdzie wszelkie przeprowadzane badania serobakterjologiczne wypadają ujemnie i wskutek czego przypadki te określano jako sepsis cryptogenes. Być może, że uwzględnienie w tego rodzaju przypadkach możności zakażenia pałeczką Banga zmniejszy znacznie liczbę tych „ukrytych" posocznic.

Piśmiennictwo.

1) Bastai: M. m. W. 1927, Nr. 50. — 2) Curschmann: Med. Kl. 1929, Nr. 11. — 3) Habs: Kl. Woch. 1928, Nr. 10. — 4) Johnssohn: Med. Kl. 1929, Nr. 10. — 5) Kreuter: Kl. Woch. 1927, Nr. 29. — 6) Legeżyński: C. r. Soc. Biol. 1928, Nr. 99. — 7) Ledoux, Archer et Clerc: Presse méd. 1928, str. 264. — 8) Moor i Carpenter: Tierärztliche Rundschau, 1926, Nr. 40. 9) Prausnitz: Med. Kl. 1929, Nr. 4. — 10) Spengler: W. Kl. Woch. 1928, Nr. 50. — 11) Weigmann: Kl. Woch. 1929, Nr. 8. — 12) Szymanowski: Warsz. Czas. Lek. 1928, Nr. 20. — 13) Veilchenblau: M. m. W. 1927, Nr. 50.

Dr. Roman EPLER, starszy asystent. Lwów.

Obserwacje nad paciorkowcami.

Z Zakładu Higjeny Uniw. J. K. we Lwowie.
Dyr. prof. dr. Zdz. Steusing.

Zwracając uwagę na paciorkowce, stwierdzane w nieżytach porzerzączkowych męskiej cewki moczowej, natknąłem się na zagadnienie zachowywania się ich na pożywkach z dodatkiem krwi. Skłoniło mię to do wypróbowania szeregu odmian pożywek powyższych.

Nieograniczając się do szczepów, otrzymanych z przypadków nieżytów, rozszerzyłem swe obserwacje na szczepy chorobotwórcze, obejmujące odmiany następujące: 21 szczepów paciorkowca hemolizującego, 6 z ropniaka opłucnej, 3 z ropni, 4 z ropnego zapalenia szpiku kostnego, 4 z zębów próchniczych, 3 z wyłuszczonych migdałków, 1 z zapalenia wyrostka sutkowego, 21 szczepów paciorkowca zieleniejącego, w tem: 2 z ropniaka opłucnej, 3 z ropni, 14 z zębów próchniczych, 1 z migdałka wyłuszczonego, 1 z ropowicy ręki, 19 szczep. pneumokoka, w tem: 16 z ropniaka opłucnej, 3 z ropni, 3 szczep. paciorkowca śluzowatego, po jednym z ropnia, ropniaku opłucnej i zapalenia ropnego szpiku kostnego, 1 szczep. enterokoka z zapalenia otrzewnej. — W sumie 65 szczepów.

Obecnie posiadamy w bakterjologji szereg krwawych pożywek.

Najwięcej jest ich w zakresie agarów z dodatkiem krwi. Agar krwawy stosujemy od czasów Schottmüllera (1903 r.) w szerokim zakresie w celach rozpoznawczych. Aczkolwiek pierwszym, który użył agaru z 10% dodatkiem krwi był Eijkman (1901 r).

Po ogłoszeniu prac Schottmüllera, który zróżnicował paciorkowce na hemolizujące i zieleniejące, skierowano dalsze badania celem stwierdzenia, czy zdolność hemolizowania krwi jest typową i stałą cechą dla paciorkowca długiego chorobotwórczego oraz czy z grupy piaciorkowca zieleniejącego za pomocą odpowiednio zmienionej pożywki krwawej nie uda się wyróżnić pneumokoka i paciorkowca śluzowego. Wyrazem tych dążności jest powstanie szeregu odmian agarów z krwią. Jednak ich prototypami są dwie kombinacje: agar z dodatkiem 10—40% krwi ludzkiej Schottmüllera oraz agar gotowany z dodatkiem 15% krwi końskiej Bielinga.

Obok agarów stosuje się również buljony z dodatkiem krwi. Dodajemy do nich krwinki po zaszczepieniu pożywki i albo mieszamy celem jednostajnego rozprowadzenia przed wstawieniem do cieplarki albo opuszczamy na dno probówki z buljonem 2—3 kropel według modyfikacji Wirtha.

Równolegle z praktycznem stosowaniem różnych pożywek studjowano samo zjawisko hemolizowania i zielenienia pożywek oraz czynniki, wpływające na przebieg tychże.

Zjawisko hemolizy pod działaniem bakteryj obserwujemy w dwojakiej postaci. W hodowlach płynnych z dodatkiem krwi po 12—24 g występuje barwik z czerwonych ciałek krwi, zabarwiając rubinowo-szerwono pożywkę, zaś na agarach z krwią wytwarzają się przejrzyste pierścienie na około kolonij.

Dzięki badaniom Madsena nad pałeczką tężca oraz Neissera i jego szkoły nad gronkowcem wiemy, że powyższe zjawisko jest następstwem działania hemotoxyny, wydzielanej przez bakterje, która powoduje występowanie hemoglobiny z nieuszkodzonych czerwonych ciałek. Niezbitym dowodem obecności tego jadu jest możność wyosobnienia go z płynnych hodowli danych drobnoustrojów oraz możność otrzymania specyficznych przeciwjadów drogą uodparniania zwierząt danemi hemotoxynami. Próby wyosobnienia streptolizyny, wykonane przez Besredkę, Jupilla, Landsteinera i Brauna, dały tylko częściowe wyniki. Zdołali oni wprawdzie otrzymać w przesączach 8—10 g kultur buljonowych paciorkowca hemolizującego hemolizynę, jednak nie udało się im otrzymać za jej pomocą u zwierząt doświadczalnych specyficznego przeciwciała.

Istnieje szereg drobnoustrojów, które wywołują hemolizę jedynie na pożywkach stałych (agar, żelatyna), nie dając jej zupełnie w pożywkach płynnych, *(v. cholerae)*. Van Loghem przypisuje powyższe zjawisko działaniu zaczynów peptolitycznych i ujmując je jako następstwo procesu strawienia krwi, nazwał on je hemodigestio. Baerthlein na podstawie swoich obszernych i szczegółowych badań odróżnia przy hemodigestio: całkowite strawienie tak hemoglobiny jak i czerwonych ciałek krwi, t. j. hemopepsio, wtedy pierścienie na pożywce są zupełnie przejrzyste, oxyhemoglobiny spektroskopowo w nich stwierdzić nie można, — oraz hemoglobinopepsio, gdy strawieniu ulega jedynie hemoglobina, przyczem zachowane zręby czerwonych ciałek krwi są widoczne pod mikroskopem, a pierścienie naokoło kolonij są słabo wyjaśnione, barwy brudno-zielonkawej.

Neuberg, Rosenberg i Reicher wskazują w swych pracach na pewien związek hemolizy z lipolizą.

Powyższych zjawisk, pomimo pozornego podobieństwa, nie możemy uważać za hemolizę właściwą, ponieważ nie działa tutaj jad, hemotoxyna. Nawet Baerthlein twierdzi, że hemoliza właściwa występuje jedynie w pożywkach płynnych.

Już tutaj muszę zaznaczyć, że opierając się na obserwacjach własnych oraz odnośnem piśmiennictwie, uważam te drobnoustroje za produkujące hemotoxyny, które wywołują typową hemolizę krwinek tak na pożywkach stałych, jak i w płynnych w przeciągu 12—24 g w t. +37.

Przy obserwowaniu zdolności hemolitycznych drobnoustrojów szereg czynników ma wielkie znaczenie.

Przedewszystkiem rodzaj krwi oraz sposób jej stosowania. Szereg doświadczeń, przeprowadzonych w różnych czasach przez różnych badaczy, wykazał, że najwrażliwszemi na hemotoxyny wszelkich bakteryj są krwinki królika (Kruse, Přibram), nieco mniej barana (Babrach i Grafe), Puppel podnosi wielką wrażliwość krwinek kozy na streptolizynę. Dzisiaj przyjmuje się, jako ogólną zasadę, że krwinki zwierząt, najwrażliwszych na zakażenia pewnemi drobnoustrojami, są najbardziej czułemi na działanie ich hemotoxyn. Ponadto w patologji ludzkiej powinniśmy brać pod uwagę właśnie zachowanie się paciorkowca na pożywce z dodatkiem krwi ludzkiej. Rozmaita wrażliwość krwinek różnych zwierząt na hemotoxyny bakteryjne da się teoretycznie wytłumaczyć różnicami w przepuszczalności ektoplazmy czerwonych ciałek krwi dla hemotoxyn i w ilości zawartej lecytyny oraz cholesteryny. Przemawiałyby za tem badania Lipschütza, który wykazał, że hemotoxyny bakteryj wiążą się z czerw. c. krwi a nie z ich hemoglobiną — jakoteż Peskinda i Pascuccicgo, którzy warunkują proces hemolizy od obecności oraz ilości lecytyny i cholesteryny, zawartej w plazmie krwinek.

Krew, stosowana wraz ze surowicą, okazała się mniej dobra od krwinek przemytych. Okazało się, że surowica normalna zawiera z reguły pewną ilość przeciwciał, hamujących rozwój bakteryj, jakoteż antyhemotoxyny. Badania R. Bumma, wykonane metodą Ruge-Philippa, wykazały, między innemi, odnośnie do paciorkowca ludzkiego, że rozwijał się on dobrze w surowicy królika, bardzo słabo w ludzkiej, zaś najgorzej w psiej. Kraus

i Clairmont stwierdzili obecność antyhemotoxyn w normalnej surowicy. Neisser i jego szkoła wykazali, że normalne surowice różnych gatunków zwierząt zawierają antyhemotoxyny dla hemolizyn różnych bakteryj oraz, że ta sama surowica normalna zobojętnia w rozmaitym stopniu rożne hemotoxyny. Opierając się na hipotezie, że zjawisko hemolizy zachodzi wtedy, gdy czynnik dodany do krwi rozpuszcza się lepiej w składnikach krwinek, niż w danem środowisku (pożywka, surowica), przyjąć możemy, że własności antyhemotoksyczne surowicy normalnej są zależne od zawartości wolnej cholesteryny, która wiąże szybko hemotoksyny, niedopuszczając do związania się jej z cholesteryną, względnie lecytyną, zawartą w krwinkach. Badania Krausa i Lipschütza przemawiałyby za indentycznością antyhemotoksyny surowic normalnych i surowic zwierząt uodpornionych w sposób sztuczny.

Pewne znaczenie praktyczne ma także wysokość procentu krwinek, zawartych w pożywce. Szczegółowa analiza zdolności hemolitycznych paciorkowców wykazała, że zdolność ta występuje w różnym stopniu u szczepów poszczególnych. Zbyt wielki procent dodanych krwinek opóźnia zjawisko hemolizy. Zbyt mały daje często wyniki fałszywe. Pozatem wiemy, że przeszczepianie na pożywki krwawe względnie przepuszczanie paciorkowca przez myszki oraz agar z krwią potęguje jego zdolności hemolityczne. Rozmaity stopień wrażliwości krwinek na hematoksyny wymagał wypośrodkowania takiego procentu, któryby dozwalał odczytywanie jej już po 12—24 g. zaś ograniczał występowanie nieswoistej. Jako taki wypróbowaliśmy 10% dla krwinek barana.

Dalszemi czynnikami są pepton i cukier gronowy w pożywce. Walbum przypisuje peptonowi, zawartemu w pożywce w ilości do 5-ciu procent, zdolność potęgowania hemolizy. Wyższy procent działa hamująco. Benthin, kontrolując na paciorkowcach wyniki badań Kuhna odnośnie do wpływu cukru na biologję tychże, stwierdził, że większy procent cukru (ponad 1%) osłabia ich wzrost oraz znosi czasowo zdolność hemolizowania. Rother przyjmuje na podstawie swych badań 0'05% cukru gronowego jako granicę, która nie wpływa na hemolizę, owszem raczej ją potęguje. Nieco większy już procent cukru — 0'08% — powoduje przeważnie u paciorkowca powstrzymanie hemolizy i zielenienie kolonji. Jednak istnieją szczepy, które dają wyraźną hemolizę na agarze, zawierającym nawet 4% cukru gronowego (Benthin). Przy uwzględnianiu zawartości cukru w pożywkach, należy brać w rachubę glykogen, zawarty w wyciągu mięsnym. Ponieważ Notwig wypowiedział przypuszczenie, że produkcja kwasu, wytworzonego z cukru, warunkuje hemolizę u paciorkowców — co stara się również udowodnić Rother, przypisując mu rolę czynnika pobocznego, lecz działającego dodatnio, niektórzy autorowie wprowadzili mały dodatek cukru gronowego do agaru z krwią jak n. p. Brown 0'05%.

Uważam jednak, że — o ile chodzi o zjawisko hemolizy — ilość cukru, zawarta w samym wyciągu mięsnym, jest wystarczająca, zaś większa jego ilość jest raczej szkodliwa. Buljon cukrowy (1%) nie nadaje się do krytycznego oceniania z powodu samowolnego hemolizowania krwinek drogą chemicznego rozkładu, w nim zawartego cukru (Kruse). Mały dodatek cukru ma jednak bardzo pożyteczne znaczenie w obserwowaniu zjawiska zielenienia u paciorkowca zieleniejącego.

Badania spektroskopowe krwawych pożywek, które uległy hemolizie pod działaniem hemotoxyn bakteryjnych, zapoczątkowane przez Riekego (1904), prowadzone później przez Grütera (1909), Schnabla (1921) i Seitza (1922), wykazywały z reguły w buljonie zhemolizowanym obecność oxyhemoglobiny, podczas gdy w pierścieniu zhemolizowanego agaru lub żelatyny z krwią brak jej zupełny. Zangenmeister tłumaczy to przenikaniem barwika, wyzwolonego przez hemotoxynę z krwinek, w dalsze części pożywki. Seitz, analizując spektroskopowo pierścień hemolityczny na pożywkach stałych, znajdował, posuwając się od części obwodowych, t. j. pożywki jeszcze niezmienionej, ku środkowo umieszczonej kolonji paciorkowca hemolizującego oxyhemoglobinę, bezpośrednio na jej granicy waski pierścień methemoglobiny (MHB) zaś w obrębie samego pierścienia brak jakichkolwiek pochodnych hemoglobiny. Wskazywałoby to na zdolność produkowania MHB również przez paciorkowca hemolitycznego. Potwierdzenie powyższej zdolności znajdujemy w pracach Grütera i Rothera. Mianowicie pierwszy stwierdził w buljonie z krwinkami, że paciorkowiec hemolizujący najpierw hemolizuje krwinki, później jednak wytwarza on z OHB MHB. Zaobserwował on na 24 godź. hodowlach buljonowych, u paciorkowca zieleniejącego, dwoince zapaleniu płuc, oraz na paciorkowcu śluzowym po dodaniu do nich krwinek barana produkcję MHB. już po 3—15 minutach obserwacji w cieplocie pokoju, podczas gdy u paciorkowca długiego hemolizującego dopiero po 8—12 godzinach. Z doświadczeń Rothera wynika, że obecność 0'085% cukru gronowego w pożywce powoduje zielenienie kolonij paciorkowca hemolizującego, oraz hamuje hemolizę. Wobec tego wszystkie odmiany paciorkowca posiadają zdolność przetwarzania OHB w MHB. Zaś zj. hemolizy zakrywa jedynie tę zdolność. W powyższem oświetleniu obu zjawisk stają się zupełnie zrozumiałemi wyniki eksperymentów Kuczyńskiego i jego szkoły, który, zakażając myszki czystym szczepem paciorkowca hemolizującego i pobierając następnie materjał w odpowiednim czasie z organów zabitej myszki, otrzymywał w posiewach obok paciorkowca hemolizującego również odmianę zieleniejącą.

Buljon z krwinkami, z chwilą wytworzenia się MHB, przyjmuje barwę brunatno-czerwoną. Pierwszy Rieke stwierdził w nim spektroskopowo obecność methemoglobiny. Dokładniejsza jednak analiza tego zjawiska ze strony Seitza wykazała, że proces ten posuwa się dalej — do wytworzenia hematyny. Makroskopowo odpowiada MHB barwa brunatna zaś hematynie (H) zielona. Jeżeli obserwujemy dokładnie zachowanie się paciorkowca zieleniejącego na agarze z krwią, możemy zauważyć, jak kolonje początkowo brunatnieją, a dopiero później zielenieją.

Spotykamy cały szereg szczepów paciorkowca krótkiego zieleniejącego, które dają kolonje brunatno-zielonkawe. Mamy tedy mieszaninę MHB z H. Dwoinka zapalenia płuc wytwarza wybitnie zieloną barwę tak w buljonie, jak na pożywkach stałych.

O ile u paciorkowców obserwujemy zjawiska hemolizy szybciej w pożywkach płynnych, o tyle produkcję MHB. i H. widzimy wyraźniej i szybciej na pożywkach stałych. Tłumaczyć można to łatwiejszym dostępem tlenu, koniecznego do przetwarzania OHB. w MHB.

Wedle twierdzenia Seitza, przetwarzanie OHB. w MHB. i H. przez bakterje jest wyrazem ich procesu biologicznego, t. j. wzrostu i rozmnażania się. Czynnik ten produkują one przyżyciowo i w przeciwieństwie do produkcji hemotoxyn, w miarę rozpadu bakteryj czynnik ten nie maleje, raczej się on wzmaga. Schnablowi udało się ten czynnik wyosobnić z buljonowych hodowli pneumokoków. Przytem stwierdził on, że związki chemiczne, jak optochina, działające szkodliwie na same drobnoustroje, nie niszczą go.

Grüter przekonał się, iż krwinki barana są najwrażliwszemi na działanie tego czynnika, umożliwiając w krótkim czasie produkcję MHB. i H.

Rother stwierdził, że dodatek cukru gronowego do agaru w ilości 0.036—0.055% przyspiesza powyższy proces.

W swoich obserwacjach ograniczyłem się do wypróbowania następujących pożywek z krwią: buljonu alkalicznego z dodatkiem 3—4 kropel krwinek barana wedle Wirtha, 3% agaru z 40% dodatkiem krwi ludzkiej, wedle Schottmüllera, 3% agaru z 10% dodatkiem krwinek barana stale stosowanego w naszym Zakładzie, 3% agaru z dodatkiem 7% krwinek barana, wedle Hintzego, 3% agaru z 2% cukru gronowego i z dodatkiem 20% krwinek barana wedle Kovacsa, 3% agaru gotowanego z dodatkiem 15% krwi końskiej, wedle Bielinga, modyfikację agaru Bielinga podaną przez Stolygwo, agaru methemoglobinowego Seitza, agaru z dodatkiem 2% cukru gronowego i z krwawą wodą, wedle Bielinga.

Badania swoje przeprowadzałem w ten sposób, że materjał badany posiewałem na agar z płynem opuchlinowym jamy brzusznej oraz na płytkę krwawą zawierającą oxyhemoglobinę. Następnie przeszczepiałem poszczególne kolonje do buljonu, względnie buljonu z płynem opuchlinowym. Wyłuszczone migdałki szczepiłem do buljonu, i dopiero z niego wyosobniałem poszczególne szczepy. Pomijam dalsze szczegóły techniki badań oraz szczegółowe ich wyniki. Poprzestanę jedynie na wynikach ogólnych, które dały mi możność oceny wartości rozpoznawczej pożywek powyżej podanych. Ponieważ w trakcie badań wyłoniła się sprawa, czy u paciorkowca hemolizującego nie gra w dawaniu hemolizy zasadniczej roli działanie fermentu proteolitycznego szczepiłem wszystkie powyższe szczepy na wysoką żelatynę i obserwowałem je przez 7 dni w cieplocie pokojowej. Żaden z moich szczepów nie wykazał wyraźnych zdolności rozpuszczania żelatyny.

Agar podgrzewany Stolygwo i Seitza zawiera methemoglobinę, która powstała z oxyhemoglobiny pod działaniem ciepłoty w granicach 72—75° C. Stąd też Seitz nazwał swoją pożywkę agarem methemoglobinowym. Dzięki obecności gotowej już MHB. w pożywce paciorkowce z grupy zieleniejących wytwarzają w krótszym czasie hematynę (10—18 godzin) aniżeli na agarze z OHB., co uwidacznia się wyjaśnieniem czekoladowo-brązowej pożywki w tonie jasnym, mleczno kawowym, przyczem brzeg tego wyjaśnienia wyraźnie zielenieje. Często kolonje które uwidaczniają

się dopiero później — po 24 godz. — są barwy zielonkawej. Agar Stolygwo stanowi przejście między płytka methemoglobinową Seitza a agarem gotowanym Bielinga. O ile paciorkowce grupy zieleniejącej rosną na nim podobnie jak na agarze Seitza, to paciorkowiec hemolizujący, który bardzo silnie wyjaśnia pożywkę Seitza, ale nie wytwarza obwódki zielonej, rośnie na agarze Stolygwo bardzo słabo, niezmieniając podłoża, podobnie jak na agarze Bielinga.

Gotowany agar Bielinga jest barwy jasno czekoladowej i, dzięki dłuższemu gotowaniu, zawiera hematynę, która umożliwia grupie paciorkowców zieleniejących szybkie dawanie wyraźnie zielonych kolonijek.

Buljon z krwinkami, dodanemi zaraz po zaszczepieniu paciorkowca hemolizującego dawał mi z reguły po 12—24 godz. w cieplocie 37° C ładny pierścień hemolityczny ponad osadem krwinek. Paciorkowiec zieleniejący rósł często bez zmiany buljonu. Gdy jednak zmodyfikowałem sposób dodawania krwinek, w myśl obserwacji Grütera w tym sensie, że dodawałem je dopiero do 24-godzinnych hodowli buljonowych, otrzymywałem wyniki lepsze. Nie wszystkie szczepy, rosnące na płytkach, jako viridans, wytwarzały MHB. — w buljonie Wskazuje to na wpływ obfitszego dostępu tlenu jako czynnika grającego tutaj dużą rolę.

Rozpatrując krytycznie wartość agarów methemoglobinowych i hematynowego, muszę stwierdzić, że nie spełniły one swego celu, którym było danie możności odróżniania pneumokoka od paciorkowca zieleniejącego. Jeden rośnie podobnie do drugiego. Mają one tę zaletę, że dają się dłużej przechowywać jałowo od agarów oxyhemoglobinowych.

Lepszym pod tym względem okazał się agar Bielinga z dodatkiem 2% cukru gronowego i krwawej wody. Barwa jego jest jasno rubinowa zaś konsystencja galaretowata. Umożliwia on odróżnienie wszystkich czteru zasadniczych odmian paciorkowca. Paciorkowiec hemolizujący rośnie na nim w postaci soczystych kolonijek, szaro białych, płaskich, które dają się lekko zdjąć oczkiem z pożywki. Paciorkowiec zieleniejący daje kolonijki drobne, mleczno bronzowe, często z odcieniem zielonkawym, suche, które po 48-miu godzinach nie dadzą się zdjąć z pożywki. Pneumokok, wprawdzie często na nim nie rośnie — u mnie 9 szczepów na 19 posiewów — o ile rośnie to w formie zielonkawych kolonji, stosunkowo dużych, lśniących, łatwo schodzących z pożywki. Podłoże zabarwia się gliniasto żółto. Paciorkowiec śluzowy daje kolonje śluzowe z tendencją do zlewania się na podłożu zabarwionem żółtawo. Po zdjęciu kolonji oczkiem pozostają resztki w formie grudek.

Agary Schottmülera, Hintzego, Zakładowe. oraz Kovacsa zawierają niezmienioną oxyhemoglobinę. Agar Schottmülera, dzięki dużej zawartości krwinek oraz surowicy krwi, opóźnia wzrost paciorkowców, tak, że ich cechy biologiczne występują często dopiero po 48-miu godz. Agar Kovacsa umożliwia nam odróżnienie enterokoka od reszty paciorkowców. Daje on kolonje szare z lekko brązowem wyjaśnieniem pożywki. Paciorkowiec zieleniejący i pneumokok wywołują zielenienie podłoża. Paciorkowiec hemolizujący dawał mi często wyraźny pierścień hemolityczny pomimo zawartości 2% cukru gronowego.

Najlepsze wyniki miałem z agarem Zakładowym i modyfikacją Hintzego. Dlatego też stosuję obecnie 3% agar z 1% peptonu i z dodatkiem 10% odwłóknionych krwinek barana oraz 0.05% cukru gron. Celem ułatwienia zjawiska hemolizy wylewam w myśl zasad Hintzego cienkie warstwy agaru używając 6—7 ccm agaru na jedną płytkę. Proces zielenienia występuje na krwinkach barana szybko, przyczem dodatek cukru potęguje to zjawisko. Pneumokoka można łatwo odróżnić po bujnych kolonjach o żywo zielonem zabarwieniu tak podłoża jak i kolonji samych. Paciorkowiec zieleniejący zazielenia często tylko podłoże, podczas gdy sama kolonja ma barwę brunatną w różnych odcieniach. Zazielenienie pożywki przez streptokoka zieleniejącego ma odcień brudno zielony w przeciwieństwie do pneumokoka o barwie żywo zielonej. Ponadto u pneumokoka częściej występuje naokoło zielonego pola wązki przejrzysty pierścień. Paciorkowiec śluzowy rośnie podobnie do pneumokoka, jedynie kolonje jego są wypukłe o charakterze wyraźnie śluzowym. Nieznaczny dodatek cukru do agaru (0.05%) wzmaga wyraźnie ich charakter śluzowy.

Widzimy z powyższego, że odpowiednio zmodyfikowany agar oxyhemoglobinowy daje nam możność dostatecznego różnicowania czteru zasadniczych odmian paciorkowca bez uciekania się do przygotowywania specjalnych podłoży, które często wymagają większych przygotowań technicznych.

Celem otrzymania dobrych wyników hodowlanych należy szczepić świeże szczepy — nawet wprost materjał badany — oraz stosować zawsze agary świeżo wylane o powierzchni jeszcze wilgotnej. Zbierając pokrótce wyniki obserwacyj powyższych, mogę stwierdzić, że:

1) w praktyce przy różnicowaniu paciorkowców oddawał mi najlepsze usługi 3% agar, zawierający 1% peptonu, 0.5% soli kuchennej oraz 0.05% cukru gronowego, słabo alkaliczny Ph 7.6, świeżo rozlany na płytki Petriego w cienkiej warstwie;

2) z wypróbowanych przezemnie modyfikacyj agarów podgrzewanych okazał się najlepszym agar cukrowy z krwawą wodą Bielinga;

3) buljon z dodatkiem krwinek daje szybciej zjawisko hemolizy, ale często zawodzi on w wykazywaniu produkcji methemoglobiny przez grupę paciorkowca zieleniejącego;

4) za drobnoustroje produkujące hematoxyny możemy uważać tylko te, które dają hemolizę tak na pożywkach stałych jak i w pożywkach płynnych w przeciągu 12—24 godz. w t. + 37° C.

5) paciorkowiec hemolityczny powinien być zaliczonym do drobnoustrojów, wytwarzających hemolizynę za czem przemawiają: stały paralelizm w hemolizowaniu krwinek w obu rodzajach pożywek jakoteż brak wyraźnych zdolności proteolitycznych, któreby mogły pozorować hemolizę właściwą.

Piśmiennictwo.

R. Bumm: Centr. f. Baktr. O. 1, 94, 1925. — Bachrach-Grafe: Arch. f. Hyg. 70, 1909. — Benthin: Centr. f. Baktr. O. 1, 67, 1913. — Baerthlein: C. f. B. O. 1, 74, 1914. — Epler: Pol. Gaz. Lek. Nr. 42, 1928. — E. Gotschlich: Handbuch d. pat. Mikroorg. 1, 1927. — Grüter: C. f. B. O. 1, 50, 1909. — Hintze-Kühne: C. f. B. O. 1, 94, 1925. — Kovacs: Ztschrft. f. Imm. 49, 1926. — Kruse: Allgm. Mikrobiologie 1910. — Lingelsheim: Hdb. d. pat. Mikr. IV, 1928. — Van Loghem: C. f. B. O. 1, 67, 1913. — Neisser: Hdb. d. pat. Mikr. IV, 1927. — Přibram: Hdb. d. p. Mikr. II, 1928. — Ricke: C. f. B. O. 1, 36, 1904. — Presting: C. f. B. O. 1, 90, 1923. — Rother: D med. Wchschrft. 1925. — Schnabel: Z. f. Higj. 93, 1921. — Schottmüller: D. med. Wchnschrft. 1922, oraz Münch. med. Wchschrft. 1924. — Seitz: Ztschrft. f. Higj. 96, 1922. — Stolygwo: C. f. B. O. 1, 98, 1926. — Wirth: C. f. B. O. 1, 99, 1926.

Dr. Stanisław LIEBHARDT, st. asystent kliniki. Lwów.

Naświetlanie tarczycy w przypadkach krwawień macicznych.

Z kliniki położniczej i chorób kobiecych U. J. K. we Lwowie.
Dyr. Prof. Dr. K Bocheński.

System gruczołów o wewnętrznem wydzielaniu z punktu widzenia i w odniesieniu do położnictwa i ginekologji można podzielić na 3 zasadnicze grupy. Do grupy pierwszej zaliczymy te gruczoły, które grają wybitną rolę i mają rozstrzygające znaczenie w stosunku do organów rodnych kobiety, a to: jajniki, tarczycę, przysadkę mózgową i nadnercze. Grupę drugą tworzą grasica, szyszynka i gruczoł wśródmiąższowy, czyli t. zw. gruczoły okresu pokwitania (Pubertätsdrüsen), których działalność, względnie rozwój kończy się z nastaniem okresu pokwitania, lub niedługo potem (szyszynka) i które wobec tego nie mają zasadniczego znaczenia dla rozwoju kobiety w okresie dojrzałości płciowej. Trzecią grupę wreszcie stanowią ciałka przytarczyczne i trzustka, które prawdopodobnie nie wywierają większego wpływu na narząd rodny kobiety.

Stosunek wspomnianych gruczołów do narządu rodnego mimo licznych badań nie jest dotąd jeszcze dostatecznie wyjaśniony. Tyczy to nawet gruczołów grupy pierwszej, co do których wiadomości nasze są może najbogatsze. Dlatego też każde spostrzeżenie kliniczne może mieć wartość i przyczynić się do wyjaśnienia roli tych gruczołów w stosunku do narządu rodnego. Z szeregu spostrzeżeń, jakie poczyniliśmy odnośnie do omawianego tematu, pragniemy w pracy niniejszej zająć się jedynie związkiem, jaki zachodzi między tarczycą a narządem rodnym.

Już fizjologicznie związek ten manifestuje się we wszystkich przełomowych stanach kobiety: w okresie pokwitania i przekwitania, podczas miesiączkowania i w ciąży. Aschner bardzo trafnie określa te stany jako krytyczną fazę dla ogólnej równowagi gruczołów dokrewnych kobiety, wywołującą ich mniej lub więcej czasową dyskrazję. Nie mając zamiaru wchodzić w szczegóły klinicznych objawów, świadczących o wybitnym, wzajemnym związku tarczycy i narządów rodnych — pozwolimy sobie przytoczyć bardzo znamienne doświadczenia Martiny Weidemann, przeprowadzone na 150 miesiączkujących kobietach. Autorka ta stwierdziła okresowe powiększanie się i zmniejszanie tarczycy równolegle do cyklu miesiączkowego, nadto wykazała, że powiększanie się tego gruczołu zwiększa obwód szyi nawet do 2 cm.

W patologji omawianego gruczołu i narządu rodnego związek ich występuje jeszcze bardziej widocznie.

1) Już sama częstość występowania pewnych schorzeń tarczycy u kobiet w porównaniu do mężczyzn jest bardzo znamienna. Wiadomem jest bowiem, że np. Basedow występuje 5 razy a myxödema 4 razy częściej u kobiet niż u mężczyzn.

2) Równoczesne występowanie hipertyreozy i wola z mięśniakami macicy jest jeszcze bardziej charakterystycznym przyczynkiem do omawianego zagadnienia.

V. Graff znalazł w 90% wszystkich przypadków mięśniaków powiększenie tarczycy i wzmożenie jej czynności.

Na podstawie badań przemiany podstawowej, przeprowadzonych na materjale tut. kliniki (Ptaszek) stwierdziliśmy u kobiet z mięśniakami macicy w około 85% przypadków mniej lub więcej wybitną hipertyreozę coby się zgadzało z wyżej przytoczonemi obserwacjami klinicznymi v. Graffa.

Na dowód ścisłego związku między mięśniakami macicy a hipertyreozą i wolem, pozwolę sobie w krótkości przedstawić jeden przypadek chorej operowanej na tutejszej klinice z powodu mięśniaków macicy. Chora ta zgłosiła się na klinikę z dużem stosunkowo wolem i olbrzymim mięśniakiem macicy. W 7 dni po usunięciu mięśniaka wole znikło prawie zupełnie. W przypadku tym uderza szybkość ustąpienia tak rozległych objawów przerostowych tarczycy po usunięciu mięśniaka. Pytania, co jest pierwotne a co objawem wtórnym nie zamierzamy rozstrzygnąć. Wiele danych zdaje się jednak przemawiać za tem, że raczej tarczyca jest tem *primum agens.*

Aschner stawia pod koniec analogicznych rozważań na ten temat tezę wprost paradoksalną, że organizm w pewnych wypadkach jakby stwarzał sobie umyślnie mięśniaki, aby drogą tkanki nowotworowej i krwawień macicznych pozbyć się niepotrzebnych, a szkodliwych substancyj.

3) Cały szereg objawów ze strony narządu rodnego, jak pewne przypadki bolesnego miesiączkowania, braku miesiączki, nadmiernych krwawień macicznych i wreszcie niepłodności są pochodzenia niedomogi wielogruczołowej, w której na pierwszy plan wybijają się t. zw. objawy „tyreo-ovarialne". W przypadkach tych uwidocznia się najwyraźniej wzajemny wpływ między gruczołami dokrewnymi a systemem nerwów wegetatywnych z tem, że nadczynność tarczycy idzie w parze z większem podrażnieniem nerwu sympatycznego, a naodwrót jajnik działa wagotonizująco.

4) Guzom jajników pochodzenia tak nowotworowego jak i zapalnego towarzyszą również niejednokrotnie objawy nadczynności tarczycy.

Nic też dziwnego, że w ostatnich czasach zaczęto z tych często teoretycznych przesłanek wyciągać wnioski praktyczne. Już w roku 1908 Fränkel opisuje kilka przypadków, w których udało mu się przez naświetlanie tarczycy zmniejszyć krwawienia maciczne, spowodowane włókniakami. Aschner stosował wcieranie Jothionu w szyję w okolicę gruczołu tarczykowego u dziewcząt cierpiących na silne krwawienia w okresie pokwitania. W ostatnich czasach zajmuje się tą sprawą Borak z Wiednia.

W klinice lwowskiej rozpoczęliśmy naświetlania tarczycy w krwawieniach macicznych jeszcze przed 3-ma laty. Pobudką do zastosowania tego leczenia był przypadek wręcz desperacki. Dotyczył on dziewczynki lat 17, która zgłosiła się na klinikę podając, że krwawi od 11-stu miesięcy prawie bez przerwy, i że odwiedziła prawie wszystkich specjalistów w mieście, jednak wszystkie ich zabiegi i leczenia pozostały — po przejściowej tylko poprawie — bez skutku. Cały stos recept, przedłożonych nam obejmował 29 różnych środków lekarskich od ergotyny i pituglandolu do calcium chlor. i preparatów gruczołowych włącznie. Nadto wykonano u niej nawet wyskrobania macicy, naświetlano śledzionę, wątrobę i wreszcie jajniki. Wszystko jednak bez skutku. Matka chorej prosiła o całkowite wycięcie macicy o czem wspominał jej jeden z lekarzy, który poprzednio córkę miał w opiece, a myśl ta wydawała się całkiem uzasadniona, gdyż stan chorej był tego rodzaju, że należało się naprawdę obawiać katastrofy w razie dalszego jeszcze krwawienia.

Badanie zewnętrzne stwierdziło bladość dużego stopnia błon śluzowych jako dowód wykrwawienia, ogólne wychudzenie i upadek sił. Przy bliższem oglądaniu stwierdzono powiększenie tarczycy, konsystencji miękkiej elastycznej. Badanie wewnętrzne wykazało macicę małą w przodozgięciu pozatem stan zupełnie normalny. W czasie badania krwawienia z macicy o charakterze obfitego perjodu.

Badanie krwi wykazało: ciałek czerwonych 2,345.000,
ciałek białych 3.800,
% hemoglobiny 35 (Sahli popr.).
Ilość procentowa ciałek białych:
Leukocytów neutrochłonnych segmentowanych: 60.4%,
Leukocytów neutrochłonnych pałeczkowatych 4,4%,
Leukocytów kwasochłonnych 1,6%,
Leukocytów zasadochłonnych 1,2%,
Limfocytów 24,4%,
Monocytów i przejściowych 8.

Przemiana podstawowa + 23 stosunek $\frac{O_2}{\text{waga ciała}} = + 5{,}6\%$.

Obraz kliniczny wskazywał zatem na wybitną anemję wtórną nadto na hipertyreozę a w związku z nią ogólną dyskrazję gruczołów dokrewnych, powodującą omówione już objawy ze strony narządu rodnego.

Ze względu na wiek chorej jak i na brak jakichkolwiek zmian w narządach rodnych odstąpiono od zamiaru operacji radykalnej. Zalecono spokój, leżenie w łóżku i leczenie ogólnie wzmacniające, celem podniesienia sił ustroju i opanowania już bardzo zaawansowanej anemji.

W tym celu przeniesiono chorą na klinikę chorób wewnętrznych, gdzie jej podawano arsacetynę pod postacią zastrzyków, żelazo w pigułkach nadto wątrobę. Po 6 ciu dniach wyżej opisanego leczenia zastosowano naświetlanie tarczycy promieniami Roentgena (Tumidajski). Naświetlań tych było 3 przez trzy dni z rzędu w dawkach niedużych po $^1/_4$ H. E. D. W trzecim dniu naświetlania krwawienie ustało zupełnie. Od tego czasu t. zn. prawie już pełne 3 lata chora będąca stale w naszej obserwacji i kontroli miesiączkuje regularnie, w odstępach 4-tygodniowych 3—4 dni, uprawia sporty, jeździ konno, gra w tennis i pływa.

Badanie krwi przeprowadzane u niej stale w czasie całego leczenia przedstawia się następująco:
w 6 dni po pierwszym badaniu:
ciałek czerwonych 2,790.000,
ciałek białych 4.350,
% hemoglobiny 43 (Sahli popr.).

Obraz Schillinga niezmieniony poza zmniejszoną liczbą monocytów i przejściowych w dwa tygodnie później:
ciałek czerwonych 3,765.000,
ciałek białych 6.500,
% hemoglobiny 42 (Sahli popr.).

Nie chcąc szczegółowo omawiać wszystkich przez nas leczonych przypadków, pozwolimy sobie w krótkości przedstawić jeszcze jeden — bodaj czy nie bardziej charakterystyczny.

W miesiącu czerwcu 1928 r. zgłosiła się chora lat 18, bardzo wykrwawiona, blada, apatyczna. Zapodaje, że krwawi od roku prawie z małymi przerwami. W czasie badania mdleje dwukrotnie. Badanie zewnętrzne nie wykazuje żadnych charakterystycznych zmian oprócz lekkiego powiększenia tarczycy. Badaniem wewnętrznem stwierdza się macicę nie dużą w przodozgięciu — pozatem nic szczególnego.

Badanie krwi przeprowadzone w dniu zgłoszenia się na klinikę tj. 16 czerwca 1928 wykazało:
ciałek czerwonych 1,930.000,
ciałek białych 4.900,
% hemoglobiny 30%.
Obraz Schillinga: nieznaczna limfocytoza.

Przemiana podstawowa = + 31 stosunek $\frac{O_2}{\text{waga ciała}} = 4{,}8$.

Zastosowano leczenie analogiczne jak w pierwszym przypadku (podawanie wątroby, roborantia, hemoplase Lumiere i t. d.) i 3-krotne naświetlanie tarczycy (Tumidajski). W 6 dni po naświetlaniu krwawienie ustało zupełnie. Powtórne badanie krwi przeprowadzone dnia 24 czerwca a więc w 8 dni po zgłoszeniu się na klinikę wykazało już 2,600.000 ciałek czerwonych a 5.200 białych.

Stan ogólny poprawił się znacznie, chora subjektywnie czuje się dobrze, jest wesoła, ruchliwa, cera zdrowsza. W dalszym ciągu forsowne odżywianie i stosowanie środków wzmacniających doprowadziło do tego, że trzecie badanie krwi przeprowadzone 17 sierpnia wykazało:
ciałek czerwonych 3,680.000,
ciałek białych 8.900,
% hemoglobiny 80%.
Schilling: obraz zupełnie normalny.

Przez cały czas pobytu na klinice (3 miesiące) nie krwawiła zupełnie, natomiast raz miesiączkowała całkiem prawidłowo. Do dnia dzisiejszego (23 lutego 1929) nawrotu krwawień nie stwierdzono.

Wszystkich chorych leczonych naświetlaniami tarczycy mieliśmy ogółem 9, z tego 7 z dobrym wynikiem, 2 bez efektu. Przypadki nasze dotyczyły wyłącznie młodych dziewcząt w wieku między 17—24 lat. U żadnej z nich nie stwierdziliśmy jakichkolwiek zmian w narządzie rodnym, u wszystkich natomiast mniej lub więcej podwyższoną przemianę podstawową, powiększenie tarczycy i szereg innych objawów hipertyreozy. Również we wszystkich przypadkach znaleźliśmy podwyższony stosunek ilości zużytego tlenu do wagi ciała przy sposobności oznaczania przemiany podstawowej $\left(\frac{O_2}{\text{waga ciała}} = > 3\right)$. Objaw ten uważamy za bardzo charakterystyczny dla tej grupy schorzeń.

Specjalną wagę przykładaliśmy do tych dwu ostatnich objawów, którymi kierowaliśmy się w kwalifikowaniu danego przypadku do naświetlania. Po ukończeniu leczenia stwierdzaliśmy stałe opadanie przemiany podstawowej w dwu przypadkach nawet do normy (Ptaszek).

Zdając sobie sprawę, że jednorazowe naświetlanie może nie wystarczyć na czas dłuższy, a tembardziej na stałe, polecaliśmy leczonym zgłaszać się powtórnie po 2—3 miesiącach a to celem zbadania przemiany podstawowej. W przypadkach ponownie podwyższonej przemiany lub nawrotu krwawień zastosowaliśmy drugą serję naświetlań.

Z zestawionych 9-ciu przypadków — 4 naświetlaliśmy dwukrotnie.

Przyczyną krwawień w powyższych przypadkach było bezsprzecznie jakieś zaburzenie w systemie hormonalnym z objawami przeważania jednego gruczołu — w tym wypadku tarczycy — a więc dyshormonoza hipertyreotyczna.

Wyjaśnienie działania leczniczego promieni Roentgena na tarczycę jest trudne, równie jak trudne jest wykrycie biologji i histopatologji tarczycy nadczynnej. Wiadomem jest, że jak z jednej strony jajniki są najczulszym narządem w całym ustroju ludzkim na działanie promieni Roentgena, tak tarczyca prawidłowa jest najbardziej oporna i dopiero w okresie dysfunkcji a specjalnie nadczynności staje się podatna na działanie promieni X. Wiadomem jest również, że stopień powiększenia objętości tarczycy lub wielkości wola nie idzie w parze ze stopniem nadczynności tarczycy. Strümpell zaznacza wyraźnie, że wiele objawów nadczynności tarczycy w chorobie Basedowa, specjalnie ze strony serca wyprzedza znacznie objaw powiększania się tego gruczołu. Jasnem jest wobec tego, że czynność proliferacyjną komórek tarczycy należy stanowczo oddzielić od ich czynności wydzielniczej (Borak). Działanie energją promienną polegałoby więc najpierw na ograniczeniu czynności inkretorycznej tarczycy, poczem szłoby w kierunku zmniejszenia jej objętości.

Zagadnienie wpływu inkretu tarczycy na jajniki i na cały narząd rodny jest — jak dotychczas pod względem teoretycznym — kwestją otwartą. Wiadomem jest, że w pewnych stanach nadczynności tarczycy np. w Basedowie mamy przeważnie brak miesiączkowania, jednak występują w tem samem schorzeniu i obfite krwawienia. Zupełnie analogicznie ma się rzecz z przysadką mózgową, którą raz naświetlamy Roentgenem w celu powstrzymania zbyt obfitych krwawień raz znowu celem leczenia braku miesiączki. To są jeszcze słabe punkty inkretologji, polegające na tem, że przyzwyczailiśmy się odróżniać tylko niedostateczną lub nadmierną czynność danego gruczołu, zapoznając znaczenie jego złej czynności czyli dysfunkcji. Ta wadliwa praca gruczołu przy nieuchwytnych jeszcze dla nas zmianach anatomicznych prowadzić może do wręcz odmiennych a nawet przeciwnych sobie skutków. Podjęte ostatnio wspólnie z Dr. Mączewskim prace doświadczalne na zwierzętach pozwolą może chociaż w części wyjaśnić wyżej omawiane zagadnienie.

Powracając do poruszanego już poprzednio okolicznościowo obrazu krwi u naszych chorych — musimy stwierdzić, że w przeważnej liczbie przypadków znaleźliśmy dane dość stałe i charakterystyczne. U większości chorych stwierdziliśmy limfocytozę, zwiększoną liczbę monocytów i przejściowych, obok znacznej neutropenji. Wyniki naszych badań potwierdzają zapatrywania Strümpla, który w podobnych zaburzeniach natury gruczołowej (Basedow) znajdywał również limfocytozę. Rozstrzygającą rzeczą dla skuteczności opisanego przez nas leczenia krwawień macicznych jest bezwzględnie dobór odpowiednich przypadków. Za najbardziej nadające się przypadki uważamy t. zw. „krwawienia juwenilne" t. j. u młodych dziewcząt, pozostające najczęściej w związku z krytyczną fazą równowagi gruczołów w okresie pokwitania lub niedługo później. W ostatnich czasach podjęliśmy próby analogicznego leczenia krwawień w okresie przekwitania. Wynikom tych doświadczeń damy wyraz na innem miejscu.

Na koniec poczuwam się do miłego obowiązku złożenia podziękowania Dyrektorowi kliniki chorób wewnętrznych JWP. Prof. Drowi Renckiemu za udzielenie pozwolenia na naświetlanie wszystkich naszych chorych w instytucie roentgenologicznym kliniki a JWP. Drom Tumidajskiemu i Grabowskiemu za przeprowadzanie naświetlań.

Dr. Włodzimierz MIKUŁOWSKI. Warszawa.

O powinowactwie klinicznem, epidemjologicznem i profilaktycznem odry i kokluszu.

Ze Szpitala Karola i Marji dla dzieci.
Lekarz naczelny: Doc. Dr. Wł. Szenajch.

Dokończenie.

Fakt udowodnionego niebezpieczeństwa wypływającego z zakażenia odrą małego dziecka pozornie zdrowego, które nosi w płucu choćby drobne resztki anatomiczne swojego procesu kokluszowego i fakt masowego, nagłego, żywiołowego wyrastania z pod ziemi epidemji kokluszowej w ślad za epidemją odrową — fakty te pociągają ważną konsekwencję koniecznego ustosunkowania się lekarza z jednego skojarzonego myślą punktu widzenia — do obu jednostek chorobowych. Tym punktem widzenia jest potrzeba zrozumienia, że odra grozi kokluszem a koklusz grozi odrą w małym wieku dziecka t. zn., że dziecko, które w czasie epidemji odry zapada na odrę — grozi otoczeniu swojemu (t. j. innym dzieciom w ambulatorjum, szpitalu, ochronce i t. p.) nietylko odrą, ale i kokluszem. Bo te dzieci (a takie zawsze się znajdą wobec rozpowszechnienia kokluszu), które miały koklusz, zarażając się teraz odrą, przejdą równocześnie przy tej sposobności nawrót swojego utajonego kokluszu. Samo dziecko, które było przyniosło do danego otoczenia swoją odrę, równocześnie ma wszelkie warunki do zachorowania na koklusz, albo w postaci własnego nawrotu, o ile przedtem przeszło koklusz, albo w postaci świeżego kokluszu, czy to od swojego najbliższego recydywującego otoczenia, czy od tej fali epidemicznej kokluszu, która prawie z reguły w ślad epidemji odrowej na miasto idzie, tak bezpośrednio, jak i przez trzecie osoby niosąc zarazę. Nie wiem, czy udowodnił kto, aby taki świeży nawrót kokluszowy nie był zaraźliwy jako koklusz. Nawrót ten jest zazwyczaj połączony z tak manifestacyjnym głośnym kaszlem, że największy doktryner medyczny, nie wierzący zasadniczo w zaraźliwość dawnego kokluszu, nie odważyłby się w praktyce narazić swojego własnego dziecka na ten „niezaraźliwy" koklusz przez chwilowy kontakt. Niebezpieczeństwo kokluszowe od obudzonych przez odrę kokluszów nie leży w samem przenoszeniu się laseczek Bordet'a ale w całej t. zw. mobilizacji flory bakteryjnej dzieci, które nagle po odrze odbywają pneumonje kokluszowe.

Kto uważnie śledzi przebieg takiej katastrofy, widzi potem, jak dzieci chore na odrę umierają z powodu kokluszowego zapalenia płuc i naodwrót dzieci chore na dobrotliwy chroniczny koklusz umierają często z powodu odry, która ich ognisko na świeżo ożywiła. Przyczyny śmierci splatają się w tym przypadku w sposób dostrzegalny tylko klinicyście a nie anatomowi patologicznemu. Od statystyki nie można wymagać w tym kierunku oczywiście ścisłości, ale i tak praktycznie jest ona wierna istocie rzeczy, bo cyfry tych zgonów idą na jednym poziomie, choć szyldy rozpoznawcze są często poprzemieniane.

Ustosunkowanie się lekarza do śmiercionośnej odry, (choroby niebezpiecznej z powodu wysokiej śmiertelności w pierwszych 3 latach życia) z punktu widzenia kojarzącego klinikę tej choroby z równie jak ona śmiercionośną w tymże samym małym wieku kliniką kokluszu, umożliwia skoordynowanie odruchów ochronnych lekarza, szukającego profilaksji dla dziecka. Lekarz taki, wiedząc czego się ma bać, ucieka z dzieckiem przed odrą i przed kokluszem, bo obie choroby zasługują na jednakowy respekt zakaźny. Rozumie on więc, że jeżeli obowiązkiem jego jest starać się o możliwe odsunięcie odry do późniejszego wieku, to ten sam obowiązek dotyczy i kokluszu. Rozumie, że jeżeli jakiemukolwiek żłobkowi małych dzieci zagraża pożar odry, to trzeba najpierw uciekać z kokluszem t. j. z dziećmi, które anamnestycznie miały koklusz, bo one pierwsze padną ofiarą t. zw. powikłania odrowego, one pierwsze nietylko same ciężko zapadną, ale innym dzieciom udzielą zakażenia swoją ożywioną florą płucną. Zgadzam się z Debrém i Joannonem, że dzieci krzywicze, anemiczne, dystroficzne i kiłowe należy chronić przed odrą, ale głównie uciekać przed odrą należy z dziećmi kokluszowemi.

Naodwrót, jak wyżej wspomniałem, każda nagła eksplozja kokluszu na gospodarstwie dziecięcem powinna być dla lekarza w pierwszych dniach i tygodniach podejrzana w kierunku odry, t. zn. budzić winna z obowiązku tę przesadną czujność uzbrojoną w nieufność, czy ten pierwszy koklusz, co się tak nagle zjawił, nie jest może nawrotem, za którego plecami czyha okres zwiastunów odrowych, t. j. czy nie jest nawrotem spowodowanym przez odrę ukrytą jeszcze w okresie wylęgania.

Tak wobec niebezpieczeństwa wybuchu odry, jak i wobec wybuchu kokluszu, lekarz zmuszony jest uciekać z dzieckiem i przed jedną i przed drugą chorobą, odsuwając termin tych dwóch chorób jaknajmożliwiej na później. Niema w tem pojęciu szablonu czasu, jak oczywiście niema i nie będzie szablonu dróg dla zapobiegania tym chorobom. To pewne, że skoro śmiertelność na odrę i koklusz jest największa w pierwszych 3 latach życia a wogóle wielka do 5-go roku, to oczywiście naogół lepiej dla dziecka, aby dopiero w latach szkolnych przeszło te choroby, a jeżeli się nie da, to przynajmniej poza progiem 5 lat.

2 do 3% osobników jest według Herrmana naturalnie odpornych przeciw odrze, a 94% młodzieży według Evansa z Chicago do 16 roku życia przebywa odrę.

Poza główną ideą orjentującą lekarza w wieku dziecka i w jego ustosunkowaniu odrowem, musi on oczywiście znać dokładnie długość okresu oraz stosunek, zachodzący między zakaźnością okresu zwiastunnego i niezakaźnością odry od chwili poczynającego blednięcia wysypki.

Najprostszą zasadą uciekania z dziećmi przed odrą jest ich racjonalne odosobnienie, nie za wczesne i nie za późne, nie za długie i nie za krótkie, ale zastosowane do twardego regulaminu zakaźnego tej kliniki. Dziecko, które chcemy odosobnić z powodu zetknięcia się z odrą, na jakie było narażone, usuwamy, poddając kwarantannie, którą poczynamy w 9-ym dniu, licząc od pierwszej możliwości zakażenia i prolongujemy do 18-go dnia od ostatniej możliwości zakażenia. Musimy więc codzień przez okres kwarantanny śledzić dziecko w kierunku zagrażających objawów zwiastunowych i z każdym dniem oceniamy sytuację, jako wymagającą w tym okresie zdemaskowania odry. Jeżeli żadnych objawów niema, a czas odosobnienia był dobrze obliczony, rozumiemy, że zakażenie w danym wypadku jest wykluczone.

Nie należy w obliczeniach zapominać, że nieraz w odrze okres zwiastunów trwa bardzo długo i opóźnia wystąpienie wysypki tak, że wystąpienie wysypki można czasem obserwować dopiero w dwadzieścia kilka dni po ostatniej możliwości zakażenia.

Wczesne odosobnienie dziecka, u którego lekarz stwierdza koklusz, jest zależne od warunków, jakie doświadczenie lekarskie znajduje w każdym poszczególnym przypadku u samego chorego i w jego otoczeniu. Jeżeli wywiady i wynik badania przemawiają za świeżością zakażenia, t. j. za okresem mniej niż 3-tygodniowym choroby, obowiązkiem lekarza jest dziecko, nawet gdy jest lekko chore i nie gorączkuje, bez względu na wiek usunąć z otoczenia innych dzieci. Gdy dziecko jest dłużej niż 3 tygodnie chore, a stan ogólny jest dobry i nie nasuwa myśli o istnieniu jakiegoś poważniejszego zakażenia wtórnego, to zależnie od tego, jaki jest jego wiek i jaki jest wiek i stan zdrowotny otoczenia, postępujemy różnie. Jeżeli dziecko jest małe a otoczenie starsze wiekiem i zdrowe, możemy dziecko zostawić; jeżeli dziecko jest małe, a w otoczeniu dziecka są również małe dzieci, choćby zdrowe, to bezwzględnie lepiej dla bezpieczeństwa to chore dziecko odosobnić, aby mu dać jaknajlepsze warunki aseptyki. Jeżeli dziecko jest starsze wiekiem ponad 5 lat, a otoczenie małe i zdrowe, możemy je zostawić na wspólnej sali. Jeżeli dziecko z dłużej niż 3 tygodnie trwającym kokluszem nie powikłanym, bez względu na swój wiek, znajduje się na sali, gdzie inne dzieci równocześnie chorują na influencę, czy na zapalenie płuc i t. p. choroby gorączkowe, to należy dziecko kokluszowe usunąć ze wspólnej sali, aby je od wtórnego zakażenia zabezpieczyć.

Jeżeli dziecko bez względu na wiek, ma dłużej trwający koklusz z ciężkiem powikłaniem płucnem, to bez względu na wiek otoczenia należy się starać to dziecko wymagające jaknajczystszej atmosfery bakterjologicznej usunąć ze wspólnej sali.

Ponieważ główną ideą leczenia kokluszu jest idea należytego zapobiegania przed wszelkiem możliwem zakażeniem mieszanem, i ponieważ proces płucny dziecka przebiega bardzo powoli i z wybitnie przewlekłym charakterem, który klinicznie z powodu obrazu anatomicznego i fizjologicznego, jakoteż symptomatycznego, przy towarzyszącem wychudzeniu, mało się różni od gruźlicy, stosujemy jako najracjonalniejszą metodę leczenia aerację na otwartej werandzie z obowiązkiem leżenia w łóżku. Metoda ta, utrzymująca dziecko na dworze daje jedynie rękojmię, że równocześnie ochraniamy dziecko od zakażeń wtórnych, trudniej dostępnych z zewnątrz niż na sali zamkniętej. Ponieważ wywołanie poronnej nawet postaci odry u dziecka już chorego na koklusz musi grozić ewentualnością wywołania następstw niepożądanych w stanie płuc, zgodnie zresztą do wskazówek w tym kierunku autorów francuskich, wstrzymujemy się zasadniczo od szczepienia takich dzieci surowicą, która uodparnia przez sprowadzanie osłabionej zmodyfikowanej odry. O ile zachodzi potrzeba, możemy natomiast takie dziecko uodpornić surowicą ozdrowieńców przed 5-ym dniem wylęgania odrowego. Wtenczas bowiem nie narażamy go na przebycie odry, ale nadajemy mu kilkudniową odporność bierną.

W jaki sposób wyobrażają sobie autorowie francuscy potrzebę walki z odrą, której wysoki odsetek śmiertelności udowodnili cyframi statystycznemi?

Ponieważ siedliskiem i głównym źródłem śmiertelności na odrę jest przeludnienie i zły, niehigjeniczny stan mieszkań, w których przebywają małe dzieci, autorowie solidaryzują się z dezyderatami Juilleratai Roëlanda, którzy ten sam czynnik uznali za przyczynę rozszerzania się gruźlicy i wobec tego całkiem słusznie stawiają pod adresem władz społecznych żądanie jaknajrychlejszej sanacji higjenicznej mieszkań robotniczych. Za najstosowniejszą metodę, zdążającą do rozwiązania tego trudnego problemu, uważają potrzebę stwarzania miast - ogrodów na wzór Anglji i Niemiec. Wychodząc z założenia, że rozszerzona wśród sfer lekarskich opinja o szkodliwości hospitalizowania jest w walce z odrą nieużyteczna, ale fałszywa i przesadna, przytaczają autorowie na poparcie swojego stanowiska wyniki ankiety, rozpisanej w r. 1917 przez Dyrekcję Opieki Społecznej w Paryżu, z której wynika, że przeciw hospitalizacji wypowiadali się lekarze z dzielnic mało przeludnionych, podczas gdy lekarze, ordynujący właśnie w dzielnicach najbiedniejszych i najbardziej przeludnionych, odpowiedzią swoją na ankietę stwierdzali potrzebę hospitalizacji na odrę.

Autorowie uważają niemniej za niezbędne przeprowadzenie sanacji profilaktycznej także i w szpitalnictwie. Zdawało się, że po okresie stwarzającym izolację chorych odrowych na specjalnych pawilonach odrowych śmiertelność na tę chorobę ulegnie zmianie. Rzeczywistość wykazała, że izolacja pawilonowa choroby nie wystarcza do obniżenia śmiertelności odrowej. Sanacja w tych kierunkach musi pójść po linji izolacji indywidualnej. Autorowie wierzą w skuteczność boksów, ale ze ścianą sięgającą do sufitu. Za ważną okoliczność w walce z odrą w murach szpitalnych uważają potrzebę utrzymywania dostatecznie licznego i stosownie wykształconego personelu pielęgniarskiego. Na poparcie tego warunku przytaczają liczby statystyczne, których treść wykazuje, że przy każdej zmianie personelu doświadczonego na personel początkujący dawała się odczuwać zawsze silniejsza pulsacja śmiertelności dzieci odrowych w prostym stosunku do gorszego doświadczenia pielęgniarskiego. Wreszcie żądają dopuszczenia na oddział niemowlęcy matek, któreby nietylko karmiły, ale także do pewnego stopnia pomagały pielęgnować oseski chore na odrę. Także pielęgniarki społeczne wizytujące mają wdzięczne pole do współpracy zapobiegawczej w zwalczaniu odry. Za jeden z ważnych objawów postępu, który przyczyni się do zapobiegania epidemjom śmiertelnym odry należy uważać zarządzenie Dyrekcji Opieki Publicznej nad dzieckiem, której treść idzie za radą Marfana po linji zasadniczej kasacji dalszych przyjęć dzieci do Paryskiego Zakładu Wychowawczego Opieki nad dzieckiem. Dzieci, potrzebujące przyjęcia, będą kierowane wprost na wieś czy do krewnych, czy do obcych osób trudniących się wychowaniem pod kontrolą Opieki publicznej.

Oprócz tych zasad ogólnych profilaksji odrowej odkrycia wspomnianych autorów Nicolle'a i Conseil'a we Francji a Degkwitza w Niemczech stworzyły dwie zasadnicze metody uodporniania przeciw tej chorobie: 1) polegającej na prewencji absolutnej t. j. na niedopuszczeniu do zachorowania, 2) na serologicznem osłabieniu choroby według metody Debrégo, Joannona, Raviny, Bonneta i Benoista, 3) oprócz tego na uodpornianiu surowicą ludzi dorosłych, 4) na uodpornianiu szczepieniem czynnem surowicą chorych.

Pierwsza metoda jest metodą klasyczną opisaną przez Nicolle'a i Conseil'a w r. 1918. Polega na wstrzyknięciu surowicy ozdrowieńca odrowego osobnikowi zarażonemu od mniej niż 5 dni. Krew ozdrowieńca należy pobierać miedzy 7-ym a 10-ym dniem rekonwalescencji poodrowej t. j. w momencie, kiedy jest najbogatsza w immunizyny. Odporność wywołana przeciw tej chorobie jest przejściowa i krótka, bo trwa mniej więcej 3 tygodnie. Punktem zasadniczym tej procedury jest data wstrzyknięcia surowicy i data zakażenia odrą. Te czynniki mają wpływ na czas trwania odporności; uodpornienie, którego udziela wstrzyknięcie surowicy osobnikowi już zakażonemu nie jest w rzeczywistości uod-

pornieniem czysto biernem. Ma ono raczej charakter mięszany. Z konfliktu między surowicą a zarazkiem odrowym powstaje pewnego stopnia uodpornienie czynne. Będzie ono tem bardziej skuteczne, im węzły łączące zarazek z ustrojem będą silniejsze, a więc im surowica będzie później wstrzyknięta. Kutter i Degkwitz stwierdzili, że surowica dziecka uodpornionego w 5-ym dniu wylęgania posiada własności zapobiegawcze i może uchronić przed odrą osobniki, którym się ją wstrzyknie. A przecież dzieci te, mimo, że otrzymały injekcję względnie późną, nie miały najmniejszego objawu klinicznego odry, mimo to surowica ich ma własności, których nie posiada nigdy surowica osobników, co nie przebyli odry. Tak więc, gdy się wstrzykuje surowicę w jakiejś rodzinie, w żłóbku czy ochronie wszystkim osobnikom zarażonym, jest rzeczą bardzo prawdopodobną, że udzielone im uodpornienie nie ma tej samej jednakowej trwałości u wszystkich, ponieważ nie wszystkie dzieci te mogły były ulec zakażeniu w tym samym czasie.

Dzieci poddane uodpornieniu absolutnemu metodą Nicolle'a nie przechodzą, jak wiadomo, żadnej poronnej nawet formy odry, jak długo trwa uodpornienie.

Ten brak jakichkolwiek objawów klinicznych u osobnika, którego się uważa za zarażonego odrą i któremu się wstrzykuje należytą dawkę surowicy ozdrowieńców, może odpowiadać trzem różnym ewentualnościom, t. j., że albo ma miejsce zapobieganie surowicze właściwe i w tym przypadku wywołuje się poprostu odporność bierną, trwającą około 3 tygodni, albo ma miejsce poronienie odry zapomocą surowicy, t. j. gdy wstrzyknięta surowica sprawiła poronienie odry w okresie wylęgania: w tym przypadku wywołuje się uodpornienie mieszane tem bardziej czynne i tem trwalsze, im wstrzyknięcie surowicy jest odleglejsze pod względem czasu od daty zarażenia. Wreszcie ma miejsce sero-wakcynacja, gdy wstrzyknięcie surowicy uprzedziło zarażenie i gdy uskutecznia nie chorobę, ale rodzaj szczepienia czynnego.

Pozologja surowicy ozdrowieńca opiera się według szkoły Debrégo na wprowadzeniu 1 cm^3 na rok życia. A więc dziecku 3-letniemu — 3 cm^3. Od 15-ego roku życia w górę wstrzykuje się od 15 do 20 cm^3.

Druga metoda: złagodzenia surowiczego choroby, podana przez Debrégo, Joannona, Ravinę, Bonneta i Benoist polega na wstrzykiwaniu surowicy w drugim okresie wylęgania koło 6-go, 7-go, lub 8-go dnia wylęgania.

W tym przypadku nie wstrzymuje się choroby, bo występują objawy odry poronne i uśmierzone, ale dzięki tej łagodnej postaci odry uzyskuje osobnik zaszczepiony stan odporności trwałej. Wprawdzie Degkwitz twierdził, że wstrzykiwanie surowicy w 8-ym dniu wylęgania nawet w dawce bardzo wielkiej jest nietylko bezskuteczne, ale zdolne zaszkodzić, to jednak badania autorów francuskich bezwzględnie temu przeczą.

Poronienie odry wywołane tą metodą szczepienia polega w skutku na wydłużeniu u osobnika zaszczepionego okresu wylęgania na okres czasu, dochodzący nieraz do 30 dni. Po tym okresie wydłużonym wylęgania zjawiają się plamki Koplika bez nieżytu spojówek i przy jedno- dwudniowej gorączce, nie przekraczającej zazwyczaj 38^0, zjawia się na krótko lekka wysypka na tułowiu i kończynach, zaoszczędzająca zazwyczaj policzki. Dziecko przez cały czas tej poronnej odry ma się ogólnie dobrze, ma apetyt, łaknienie i sen dobre. Po wygaśnięciu wysypki dziecko jest uodpornione. Często przebieg odry poronnej jest bezgorączkowy. W czasie tej zmodyfikowanej szczepieniem odry odczyn skórny Pirquet'a nie wygasa, tylko najwyżej ulega nieznacznemu osłabieniu na szczycie choroby.

Do szczepienia tego nadają się według opinji autorów przedewszystkiem dzieci powyżej 2 lat życia, zdrowe, wolne od innych zakażeń i nie narażone na inne zakażenia. Dziecko bowiem już chore na jakąkolwiek chorobę może być za słabe na to, aby móc przetrzymać nawet poronną odrę, w każdym razie ryzykuje możność padnięcia ofiarą jakiego innego zakażenia dodatkowego. Np. dziecko zakażone zostało w szpitalu odrą przez zarazek odrowy i było wystawione oprócz tego na możliwość zakażenia błonicą. Późne wstrzyknięcie surowicy ozdrowieńca odrowego pozwoli dziecku temu przejść odrę zmodyfikowaną, ale nie ochroni go od błonicy ciężkiej; tak samo nie ochroni go od zapalenia płuc. Dla tych przypadków należy uciekać się do zapobiegania surowiczego absolutnego.

Przeciwnie, gdy w rodzinie średnio zamożnej, żyjącej w dobrych warunkach higjenicznych, dziecko wyżej 3 lat, naogół zdrowe, zarazi się od innego dziecka chorego na lekką odrę, wtenczas nadaje się użycie surowicy, wywołującej poronną postać odrową. Wtenczas bowiem nie spodziewają się autorowie zakażenia wtórnego.

Poronna odra mimo swojego lekkiego przebiegu jest dla otoczenia zaraźliwa i wywołuje u osobnika zaszczepionego trwałe uodpornienie. Surowica dzieci zaszczepionych posiada immunizyny, niweczniki, podobnie jak surowica ozdrowieńców poodrowych.

Dzieci poniżej pół roku nie nadają się wogóle do uodporniania odrowego, ponieważ mają naturalną odporność macierzyńską.

Dla surowiczego uodpornienia bezwzględnego nadają się naogół dzieci między pół rokiem a 2-gim rokiem życia, dzieci małe narażone na zakażenia szpitalne, dzieci słabowite i wogóle wszystkie takie, u których wybuch odry jest niepożądany. W przypadkach tych jednak należy, zdaniem autorów, stosować podwójne i potrójne dawki surowicy. Szereg autorów sygnalizował bowiem bezskuteczność surowicy prewencyjnej w przypadkach równoczesnego zapalenia płuc, czy ropnia tylnego gardła, w durze brzusznym, w płonicy i przebiegu chorób przewlekłych takich, jak gruźlica. Wogóle wyniki ujemne stosowania immunizacji odrowej zależą albo od złej prowenjencji surowicy, albo od niedostatecznej dawki surowicy, albo od zbyt późnego zastosowania zastrzyków.

Sukcesy profilaksji surowiczej są może nietyle silne, co głośne.

W r. 1919 w Ameryce Półn. Richardson i Connor a w kilka lat potem Neal, Weaves i Crooks a przedewszystkiem Zingher, w Ameryce Południ. Torres, Pacheco, Rybeyrolles donoszą o pomyślnych wynikach szczepienia ochronnego.

Liczba dzieci uodpornionych w Niemczech (w Monachjum) przez Degkwitza wynosi setki i z każdym dniem mnoży się na obszarze państwa Niemieckiego, Austrji, Węgier...

We Francji stworzono w Paryżu Ośrodek profilaksji przeciwodrowej w szpitalu Claude Bernard'a. W przeciągu 7 miesięcy w r. 1925 zebrano 10 litrów surowicy od 190 dorosłych. Tę surowicę zdołano zaszczepić 2.000 dzieci.

Później stworzono drugi Ośrodek profilaksji przeciwodrowej w szpitalu des Enfants Malades.

W ośrodkach tych pobiera się i poddaje kontroli surowicę. Ośrodki te uratowały życie wielu dzieciom i wykształciły technikę surowiczej profilaksji. W 98%, zdaniem autorów, daje się uzyskać bezwzględne zapobieżenie.

Ważnym momentem w profilaksji przeciwodrowej jest wczesne zawiadomienie Ośrodka o wybuchu odry, czy to przez lekarzy fabrycznych, szkolnych, czy przez higjenistki, czy pielęgniarki społeczne.

Wreszcie profilaksję przeciw odrze można prowadzić także przez stosowanie zastrzyków surowicy ludzi dorosłych, którzy kiedyś w dzieciństwie przebyli odrę.

Oczywiście istnieje kilkupiętrowa literatura, w której wszyscy autorowie wypowiadają się z wielką wdzięcznością i zadowoleniem z powodu skuteczności tejże surowicy. Te pochlebne recenzje w Niemczech Rietschla, Kuttera, Salomona, Schillinga, w Szwecji Jerwela, we Francji Godlewskiego i Parafa zachęciły także Debrégo, Bonneta i Cros-Decama do tych eksperymentów naukowych.

Autorowie ci sprecyzowali sposób podawania tejże surowicy i określili wskazania jej skuteczności. Autorowie przez zastosowanie surowicy matek opanowali w r. 1925 epidemję, która zagrażała na oddziale osesków w szpitalu des Enfants Malades w Paryżu. Tą samą metodą posługiwali się autorowie z doskonałym skutkiem w schronisku dla rodzin bezdomnych na bulwarze Jourdan, gdzie odra zagrażała niebezpieczeństwem poważnej epidemji. Autorowie polecają stosować surowicę tę w czterokrotnie większych dawkach, niż się stosuje surowicę rekonwalescentów.

Naogół w 75% otrzymywali oni zapobiegnięcie absolutne, w 20% osłabienie, poronną postać odry, a w 5% obserwowali brak wyniku zapobiegawczego.

Dotychczasowe próby uodpornienia czynnego, których historja sięga daleko wstecz do XVIII w. i związana jest z nazwiskiem Home'a z Edinburga, polegające na zaszczepianiu dziecka krwią lub surowicą osoby chorej na odrę, pozostały naogół bez wybitniejszych pozytywnych wyników.

Nicolle proponował w r. 1923 metodę mieszaną sero-wakcynacji. Wstrzykiwał on najpierw podskórnie 10 cm^3 surowicy ozdrowieńca a w 24 godziny potem 1 cm^3 krwi (jadowitej) ze świeżym jadem odrowym. Próby, robione w tym kierunku przez Parafa, dały dość sprzeczne wyniki.

W Polsce Zembrzuski i Kamler wypowiadają się w znakomitej pracy ogłoszonej w Pedj. Polskiej 1927 naogół bardzo przychylnie o wynikach szczepienia zapobiegawczo-osłabiającego, zastosowanego w Domu Wychowawczym w Warszawie.

Zastrzyk surowicy krwi ozdrowieńców po odrze, przebytej przed 6—10 miesiącami, w ilości 2,5 cm^3, dokonany przed 6-ym

dniem okresu wylęgania, dzieciom, które miały styczność z odrą, osłabia — zdaniem autorów — w znacznej większości przypadków przebieg choroby, a co zatem idzie, zmniejsza śmiertelność do minimum, szczególnie dla odry czystej. Zastrzyki surowicy, o ile dziecko nie zachoruje, a ma w dalszym ciągu styczność z chorym na odrę, należy powtórzyć po 30-tu dniach.

Jakkolwiek wyniki profilaksji metodą Nicolle'a mogą ulegać najbardziej dowolnym ocenom i jakkolwiek wymagają koniecznie oświetlenia słońcem obserwacji klinicznej, to jednak dla największego sceptyka przedstawiają sumę pewnych niewątpliwych okoliczności, świadczących o realnej możliwości zagaszenia odry na materjale małych dzieci, a to przedewszystkiem przez zastosowanie w pierwszych 5 dniach wylęgania surowicy ozdrowieńców odrowych. Uodpornienie na przeciąg 3 tygodni oczywiście jest bardzo krótkie, ale naogół fakt ten, odbity w zwierciadle gospodarki zakaźnej śródszpitalnej, gdzie nigdy nie chodzi o przyszłość sięgającą poza okres 3 tygodni jednego dziecka, ale o chwilowe być albo nie być całego mnóstwa drobnych dzieci, narażonych na niebezpieczeństwo, dające się odsunąć dziś przez zastosowanie surowicy, jest bezwzględnie jako fakt ochrony profilaktycznej w znaczeniu nietyle może ochrony indywidualnej, ile ochrony zbiorowej, bardzo efektowny. Ułatwia on odpowiedzialną czynność żeglarską lekarza, który, mając załogę kilkuset dzieci na swojem sumieniu, chce je cało do jakiego takiego lądu wieku szkolnego bez katastrofy zbiorowej dostawić. Jak jednak z przytoczonego zespołu okoliczności wynika, nawet ten efemeryczny sukces, umożliwiający ominięcie jednej więcej skały morskiej, wymaga koniecznie pomocy losu t. j. pewnego szczęścia, i to nietyle dla lekarza i dla zakładu jako całości, ile dla poszczególnych dzieci. Otóż szczęście lekarza czy zakładu zależne jest od liczby przypadków natknięcia się na odrę, od genjuszu epidemicznego tej odry, od ogólnego stanu zdrowia danej załogi, od akuratności i fortunności techniki, zastosowanej w profilaksji surowiczej; szczęście zaś dzieci poszczególnych oprócz tego zależy od tego, co za los osobisty czeka je w trzy tygodnie po zastrzyku, kiedy się nabój jego biernej odporności kończy. Czy ma być co 3 tygodnie szczepione i dalej zostaje na tym samym okręcie, czy też ląduje na grunt zakażony odrą z utraconą bronią odporności, a więc tak jak przedtem bezbronne. Zakład, który uniknął zarazy swojego masowego zespołu, święci chwilowy triumf, ale dziecko jako jednostka święci tylko względny triumf, zależnie od tego, co będzie po nowych 3 tygodniach. Może Zakład zmieni personel, dzieci lub pielęgniarki, może zmieni lekarza, może zmieni wewnętrzny tryb zakaźny, a wreszcie może dziecko opuści Zakład i wróci czy to do rodziny, czy do innego otoczenia, wyratowane od katastrofy, ale bezbronne na wypadek następnej katastrofy. A tymczasem Dyrektor Zakładu ma prawo ogłosić światu, ile istnień udało mu się uratować dzięki pół litrowi surowicy ozdrowieńców. I enuncjacja jego, jakkolwiek prawdziwa, nie mówi wszystkiego, co mianowicie dalej się stało w najbliższej przyszłości z owemi wyratowanemi.

Bardzo słusznie wyrywa się Debrému z okazji omawiania wskazań szczepiennych szczere wyznanie, że zdarzało mu się widzieć, jak umierały na odrę w ochronce te same oseski, które przed kilku miesiącami udało mu się ochronić przed odrą w ośrodku szczepiennym w szpitalu. Mimo udanego szczepienia ulegały więc one z powodu przeciwności losu przy najbliższem ponownem zetknięciu się z jadem odrowym zakażeniu, które wcale nie było słabsze, ale było śmiertelne.

Wogóle, o ile z matematyczną niemal ścisłością daje się przewidzieć zarażenie odrą, o tyle nigdy z dość ścisłą pewnością nie daje się przewidzieć skuteczności szczepienia ochronnego. Raz spóźni się lekarz z zastrzykiem surowicy, raz dawka z powodów od niego niezależnych jest za mała i niewystarczająca dla liczby potrzebujących dzieci, raz surowica jest wadliwa pod względem swojej prowenjencji, czyli technicznego przygotowania, a raz uraz odrowy był sam w sobie swoim t. zw. genjuszem zakaźnym zbyt silny.

Jakkolwiek pojęcie genjuszu zakaźnego *(Epidemic Constitution)*, wprowadzone przez znakomitego lekarza myśliciela Sydenhama, nie jest wolne od pewnej pozornie metafizycznej tajemniczości, to jednak życie uczy, że każdy lekarz praktyczny prowincjonalny ma sposobność obserwować fakt plastyczności, zmienności chorobowej poszczególnych tych samych zakażeń, nieraz w ciągu jednego roku. Co więcej, lekarz myślący, śledzący w każdym przypadku chorobowym bogaty mechanizm fizjo- czy anatomosymptomatyczny bez pomocy laboratorjum jest w możności wykrywać ciągle nowe szczegóły indywidualności klinicznej, nietylko poszczególnych chorych jako konstytucyj, ale właśnie poszczególnych zakażeń. Czasem uświadamia sobie różnice tej lub owej płonicy czy dyfterji dopiero po latach, kiedy przytomnem okiem retrospektywnie w swoją przeszłość w tył patrzy i kiedy na widok grubszych rysów ta różniczkowa obserwacja mocniej go w oczy uderzy w jednej i tej samej a przecież innej infekcji. Uświadamia on sobie wtenczas, że płonica płonicy nierówna, że dyfterja dyfterji nierówna, a nawet uświadamia sobie to, czego go Bumm w szkole uczył, że poród porodowi nierówny, nawet gdy nie jest patologiczny, ani zakaźny.

Daleki jestem od tego, aby z okazji artykułu o profilaksji odry i kokluszu bronić szekspirowskiej prawdy o rzeczach, które się filozofom nie śniły, ale nie wydaje mi się, aby moment tajemniczości tego pojęcia konstytucji epidemicznej dlatego, że go się wymiareczkować pipetą ani odważyć wagą analityczną nie daje, zasługiwał na lekceważącą nazwę pojęcia „fałszywego i zużytego".

Daje się on, jak wspomniałem, wzrokiem klinicysty opanować, a więc jest czemś realnem i o ile klinika jest obserwatorjum naukowem, o tyle i on jest ciałem, nadającem się do bliższego zbadania.

Zresztą „metafizyka" różniczkowania tych chorób zakaźnych nie różni się w swojej filozoficznej istocie prawdopodobnie dużo od różniczkowania indywidualnego przez pastucha poszczególnych sztuk dla nas pozornie jednolitego stada owiec; a pastuch ani jego trzoda nie są pojęciami metafizycznemi.

Komuż z lekarzy nie jest znany fakt zniknięcia blednicy i komu nie są znane ankiety naukowe świata lekarskiego na temat, gdzie się ona podziała? Kto z lekarzy nie zna faktu metamorfozy klinicznej ostrego gośćca stawowego, który nietylko w naszych czasach stał się rzadszy i mniej intensywny, ale i pozbawiony swojego dawniej wyraźnego charakteru epidemicznego? I nietylko umiejscowienia stawowe stały się mniej liczne, i mniej bolesne, ale i choroba sama nie objawia się tak częstemi jak dawniej wysypkami prosówkowemi na skórze, ani powikłaniami płucnemi, obserwowanemi tak często przez Lathama, natomiast chętniej dziś atakuje ona serce.

Kto z lekarzy nie słyszał o złagodzeniu dawniej tak częstych i klasycznych groźnych ataków dny z guzami *(tophi)* i objawami opisanemi po mistrzowsku przez Sydenhama? Zwłaszcza świat lekarski w Alzacji i w Anglji notuje od szeregu lat zupełne prawie zniknięcie tych chorób w tych krajach. Jeżeli choroba przemiany materji dawać może takie warjacje kliniczne, to cóż dopiero w świecie zakażeń.

Każdy lekarz prowincjonalny obserwuje różne, nieobliczalne i niespodziewane fale tak pospolitej choroby, jak zapalenie płuc włóknikowe. Wolf w Strassburgu przez szereg 3 lat 1918—21 na materjale 1.500 chorych rocznie spotkał się w Zakładzie anat. patol. zaledwie 3—5 razy na rok z tą chorobą na stole sekcyjnym.

Wspomniałem na wstępie o zawodach, jakich doznaje z biegiem lat świat lekarski z powodu gorszej skuteczności surowicy przeciwbłoniczej. Czyż nie nasuwa się na pamięć prawdziwość hipotezy Pospischilla, że widocznie odkryciu Behringa sprzyjał przypadkowo „szczęśliwy" zbieg okoliczności, polegający na osłabieniu owej konstytucji epidemicznej choroby, czyli osłabieniu zjadliwości zarazka, które to osłabienie utrzymywało się przez dość długi okres czasu, aby dziś na nowo w tajemniczy sposób (może i przez współdziałanie łańcuszkowców, jak chce Lereboullet) ulec na nowo zwiększonej zjadliwości. Jeżeli gościec stawowy i dna mają swoje wahania chorobowe, dlaczego nie ma ich mieć dyfterja, a taksamo odra, czy koklusz.

Jest to moment, który bynajmniej nie odwraca myśli lekarskiej ku metafizyce bezproduktywnej, ale przeciwnie jest bodźcem dla jego obserwacji i dla wniosków, jakie winien czynić krytycznie i z pewną rezerwą z okazji tego czy owego środka leczniczego w terapji lub w zapobieganiu chorób zakaźnych.

Variabilitas — rozmaitość rodzajów jednej i tej samej infekcji jest tylko często pozorna jako wyraz wielu spokrewnionych, ale różnych i ostro odgraniczonych chorób, których zarazek pod względem genotypu jest różny, jakkolwiek po części pokrewny. Chodzi o postaci podobne pod względem phänotypu, które jednak dziś dają się rozdzielić.

Tyczy się to malarji, tyfusu, paratyfusów, czerwonki, nowej ospy, encephalitis letargica, która nie ma nic wspólnego z grypą.

Czasem Variabilitas jest wyrazem miejscowo lub czasowo różnej modyfikacji ważnej pod względem biologicznym i klinicznym. Przykładem endocarditis lenta i zakażenie bakt. viridans. W grypie 1890-91 i 1918-1927 chodziło prawdopodobnie też o powstanie modyfikacji, bo jest rzeczą nieprawdopodobną, żeby naraz liczne, genetycznie różne zarazki mogły się były pandemicznie rozszerzyć.

Nie można dziś jeszcze napewno tłumaczyć przez variabilitas różnych postaci przebiegu odry, epidemji płonicy i różyczki.

Oczywiście, aby móc zdać sobie sprawę z charakteru ciężkości każdej epidemji chorobowej, lekarz musi mieć tę przytomność

umysłu, zdolną do tworzenia syntezy na podstawie całego szeregu najdrobniejszych nawet objawów chorobowych, zauważonych tu i tam, których średnia wartość oszacowana w perspektywie długoletniego doświadczenia staje się cennym wskaźnikiem klinicznym w należytej ocenie grozy danego zakażenia.

Przez tę tendencję szukania w każdej chorobie, jak w każdym „porodzie" odzwierciedlenia nowej prawdy, trzyma się lekarz w należyty sposób „na swojem miejscu" i rozumie w miarę pracy coraz lepiej, że przez należyte skupienie się, a nie rozproszenie, że więc przez drogę *less without and more within* dochodzi do pewnego stanu posiadania doskonałości klinicznej, która — sama nieugięta — ugina inne pomocnicze gałęzie wiedzy dla swego szlachetnego celu. W tej perspektywie odkrycie tej lub owej serologicznej profilaksji ocenione krytycznie przez lekarza może być pożyteczne dla postępu i dla dobra publicznego.

Dostarczenie przez serologję surowicy ozdrowieńców odrowych i metody jej stosowania nie powinno być uważane za zdarzenie rozwiązujące trudny problem profilaksji odrowej. Mnóstwo faktów, harmonijnie notowanych jako zadowalniające, przez piśmiennictwo obce i nasze, logiczne uzasadnienie mechanizmu uodparniającego dziecko przeciw odrze, wreszcie ciągle dająca się odczuć potrzeba rozszerzenia dotychczasowych niewystarczających sposobów odosobnienia każe lekarzom z obowiązku korzystać z odkrycia serologów w praktyce lekarskiej zapobiegawczej.

Aby zastosowanie wynalazku serologicznego nie przyczyniło się mimowoli do obniżenia i oderwania myśli klinicznej na zewnątrz na rzecz pokrewnej medycznej gałęzi wiedzy, jaką jest serologja, lekarz klinicysta winien uświadomić sobie, że to odkrycie serologiczne, bez względu na swoją wartość, wywołać winno ożywienie interesu lekarskiego dla kliniki odry, choćby tylko w znaczeniu aktualnej potrzeby pogłębienia wskazań ochronnych przeciw odrze ze stanowiska czysto klinicznego. Ta tendecja racjonalnego stworzenia wskazań ochronnych przeciw odrze pogłębi poziom dotąd niedość klinicznie uzasadnionych dezyderatów w tym kierunku i z natury rzeczy przekona świat lekarski o istnieniu bliskiej i ważnej korrelacji odry z kokluszem tak pod względem klinicznym, jak epidemjologicznym i profilaktycznym. Uświadomienie to jest szczeblem postępu teoretycznego i praktycznego, pomocnym w walce ze śmiertelnością wczesnego wieku dziecięcego.

W n i o s k i:

Statystyka miejsca, wieku, warunków mieszkaniowo-społecznych i atmosferycznych, wpływających na śmiertelność i chorobowość odry u dzieci do 5-go roku życia nie różni się od statystyki kokluszu. Obserwacja epidemjologiczna stwierdza, że tuż wślad za epidemją odry pojawia się z reguły w większych miastach epidemja kokluszu. Obserwacja kliniczna wykazuje, że odra wywołuje u dzieci, które przebyły koklusz, nawrót kokluszowy w postaci ponownie występującego ogniska płucnego, lub w postaci zaostrzenia, czy powikłania dawnej zmiany anatomicznej.

Objawy obudzonego ogniska kokluszowego pod wpływem odry zaznaczają się albo 1) zaraz na początku odry w okresie jej wylęgania, albo 2) dopiero po przebytej odrze.

Ad 1). Odra u dziecka kokluszowego zaczyna się często w okresie wylęgania wśród objawów płucnych, które powodują skierowanie dziecka do szpitala. Lekarz dyżurny winien w czasie epidemji odry z okazji każdego dziecka kokluszowego przybywającego do szpitala zadać sobie pytanie, dlaczego stan dziecka się pogorszył i dlaczego spowodował potrzebę szukania pomocy szpitalnej. Gdy na pytanie to nie może lekarz znaleźć odpowiedzi, wykluczającej możliwość odry w okresie wylęgania, dziecko winno być przez 18 dni uważane za podejrzane w kierunku odry. W razie śmierci dziecka należy przez konsekwencję dzieci tej samej sali w stosownym czasie izolować tak, jakby były wystawione na zetknięcie z odrą.

Ad 2). Po przebytej odrze u dziecka kokluszowego dawne ognisko płucne ulega zaostrzeniu lub powikłaniu. Kaszel zazwyczaj wybucha ze świeżą impulsywnością, imitując świeży koklusz.

Zważywszy trudności, towarzyszące rozstrzygnięciu w każdym z tych przypadków odry powikłanej kokluszem i kokluszu powikłanego odrą, która z tych dwóch chorób jest ważniejsza w ocenie ewentualnej przyczyny śmierci, należy w tem bliskiem powinowactwie epidemjologicznem i klinicznem dopatrywać się istotnego wyjaśnienia dla bliskiego podobieństwa statystycznego obu zakażeń z jednakową, jakkolwiek nie zawsze trafną, częstością notowanych na kartach zejścia.

Piśmiennictwo.

1) B e r g e r o n et B o u r g a r e l: Rev. de Phtisiol. T. VIII, Nr. 3, 1927. — D e b r é R. et J o a n n o m P.: La rougeole. Masson 1926. — 3) M i k u ł o w s k i: Pedj. Pol. 1924, T. VI. — 4) Tenże: Pedj. Pol. 1925, T. VI. — 5) Tenże: Rev. d'Hyg. Nr. 9, 1926. — 6) Tenże: Arch. de Med. d'enfts. Nr. 19, 1925. — 7) Tenże: Pol. Gaz. Lek. 1926 i 1928. — 8) Tenże: Rev. de la Pédiatr. Franç. T. IV, Nr. 2, 1928. — 10) Tenże: Schweitz. Mediz. Woch. Nr. 30, 1927. — 11) P o s p i s c h i l l D.: Ueber Klinik Epidemiologie der Pertussis. — 12) S t é v e n i n Henri: La coqueluche. Paris 1926. — 13) S c h r o e d e r: Klin. Woch. 1923. — 14) W o r i n g e r P.: Rev. fr. de Péd., T. II, 1926. — 15 Z e m b r z u s k i i K a m l e r: Pedj. Pol. 1927.

MEDYCYNA SPOŁECZNA.

Ministerstwo Spraw Wewnętrznych. Nr. Z. U. 4261/28.

Warszawa, dnia 9 kwietnia 1929 r.

W sprawie kosztów leczenia ubogich w szpitalach publicznych na obszarze b. zaboru rosyjskiego.

Do Panów Wojewodów i Pana Komisarza Rządu m. st. Warszawy.

Niektóre związki komunalne i władze administracyjne interpretują w ten sposób postanowienia ustawy z dnia 29. III. 1926 Dz. U. R. P. Nr. 36/26, poz. 214, a w szczególności art. 1 tej ustawy, iż sądzą, że koszty leczenia w szpitalach publicznych, powstałe po dniu 1 stycznia 1926 r. za chorych, ulokowanych w szpitalach przed tym terminem, winny być regulowane tak, jak koszty kuracyjne, powstałe przed dniem 1 stycznia 1926 r., t. j. przez gminy, w których chorzy zapisani są do ksiąg ludności stałej. Przepis art. 1 cytowanej ustawy odnosiłby się według takiej interpretacji tylko do chorych, umieszczonych w szpitalu po dniu 1 stycznia 1926 r.

Ministerstwo Spraw Wewnętrznych wyjaśnia wobec tego, co następuje. Według dosłownego brzmienia art. 1 cyt. ustawy rozpoczyna się z dniem 1 stycznia 1926 r. obowiązek związków komunalnych do opłacania kosztów kuracyjnych w szpitalach publicznych. Ograniczenie tego obowiązku do opłacania wyłącznie tylko kosztów kuracyjnych za chorych, przyjętych do szpitali po dniu 1. I. 1926, niema żadnego uzasadnienia w ustawie z dnia 29. III. 1926 Dz. U. R. P. Nr. 36/26, poz. 214.

Wymieniona ustawa odnosi się przeto do wszystkich kosztów leczenia w szpitalach publicznych, powstałych po dniu 1 stycznia 1926 roku niezależnie od tego, kiedy nastąpiło przyjęcie chorego do szpitala.

(—) *Piestrzyński*

Dyrektor Departamentu Służby Zdrowia.

OCENY.

Doc. Dr. F. Z a h r a d n i c k ý: *Prijice žaludku. (Kiła żołądka).* Thomayerowa Sbirka přednášek a rozprav z oboru lékařského. Nakładem Towarzystwa lekarzy czeskich. Str. 64, 1928 r.

Kiła żołądka mimo wzmianek Andrala (1834), Gaillarda (1868) i Dieulataya (1898) jest chorobą stosunkowo mało znaną, a jej istnienie dość często zaprzeczane. Do końca 19 wieku choroba oznaczana była, jako rzadka (Orth, Birch-Hirschfeld), a klinicznie opisaną była w kilku zaledwie przypadkach. Pierwsze daty statystyczne o kile żołądka podał Chiari, który w 243 sekcjach zmarłych luetyków znalazł w 2 przypadkach zaledwie zmiany swoiste w żołądku. (Stolper w 61 sekcjach 6 przypadków kiły żołądka). Lang i Neumann są zdania, że kiła żołądka występuje częściej i że 20% przypadków wrzodu żołądka występuje na tle kiłowem. Sceptycznie należy również przyjąć twierdzenie Castexa, że wrzód żołądka w Buenos - Aires w 100% pozostaje w związku z kiłą. Galoway i Hausmann wskazują słusznie na to, że kiła żołądka bywa równie często rozpoznawana, zależnie od postępu terapeutycznego chorób żołądka wśród pojedyńczych narodów. Pewnem jest, że w ostatnich latach w piśmiennictwie opisano cały szereg przypadków chorób żołądka na podkładzie luetycznym, co dawniej zdarzało się rzadko. Przyczyną tego stanu jest, że dzisiaj możemy rychlej te przypadki zróżniczkować przy pomocy reakcji Wassermanna bądź też, że częściej dzisiaj występują, a wreszcie możliwem jest że obie te przyczyny współdziałają. Autor oprócz zmian anatomicznych występujących przy kile żo-

łądka omawia dokładnie objawy kliniczne tej choroby oraz leczenie. Autor nie uznaje klinicznego podziału Huberta, nie odpowiada mu podział Schlesingera, oparł się na podziale Rittera, który odróżnia następujące postacie kliniczne kiły żołądka: 1) Zapalenie kiłowe żołądka (Gastritis luetica), 2) Rozlany naciek kilakowy i rozlaną wybujałość włóknistą (Infiltratio diffusa gummosa, Hyperplasio fibrosa diffusa) ze zgrubieniem ściany żołądka, 3) Kilak (Gumma) i z niego powstający wrzód kilakowy, 4) Blizny po włóknistej przemianie kilaków lub wrzodów, 5) Skurczenie żołądka (linitis plastica) skutkiem nacieku kilakowego albo wybujałości włóknistej. Autor każdą postać oddzielnie opisuje, jej obraz anatomiczny, kliniczny, rozpoznanie różniczkowe i leczenie. Zapalenie kiłowe żołądka (gastritis) rozwinąć się może już w I okresie, po największej części towarzyszy wtórnym objawom kiłowym skóry i błony śluzowej (Hubert). Podobnie, jak w jamie ustnej, również i w przewodzie pokarmowym mogą powstać zmiany luetyczne w postaci nadżerek krwotocznych i krwawień błony śluzowej żołądka, wywołanych bądź kiłowem schorzeniem naczyń krwionośnych (Dieulafoy, Singer), bądź zastojem, skutkiem choroby wątroby (Chiari, Zeissel).

Pierwsze dolegliwości żołądkowe występują przeważnie w 2 i 3 roku po zakażeniu rzadziej w 1 roku[1]). Autor jest zdania, że kiła żołądka jest chorobą lat młodszych, przeważnie występuje u mężczyzn. Ciekawem jest, że u negrów częściej występuje kiła żołądka, aniżeli u białych, w Japonji jest ona objawem dość częstym podobnie w Chinach. Przypadki zakażeń wrodzonych gina w pierwszych tygodniach lub miesiącach po porodzie (Chiari, Bittner, Oberndorf, Birch-Hirschfeld). Hirschfeld znalazł u 3-letniego chłopca proces luetyczny na kardji. Kiła żołądka nie daje objawów charakterystycznych, różniących się od innych schorzeń żołądka, nie-kiłowych. Objawy kliniczne wskazują na wrzód, podczas gdy chemiczne i rentgenologiczne badanie wzbudza podejrzenie na nowotwór (kwas mlekowy często obecny[2]), bakcyle Boas-Opplera). Choroba przebiega początkowo w atakach, później jest ciągłą. Boleści występują po jedzeniu, z przyjmowaniem potrawy wzrastają, po wymiotach chory czuje ulgę. Alkalia pozostawają bez wpływu. Apetyt początkowo dobry, znika w okresie późniejszym. Chory traci na wadze szybko podobnie jak przy nowotworze, staje się wybitnie niedokrewnym. Kwas żołądkowy występuje czasem w ilości zwiększonej, nieraz go nawet brak. Odczyn Wassermanna w większości przypadków dodatni. Jednak i wynik ujemny nie wyłącza swoistego tła choroby (Hausmann, Fowler, Marinescu, Hayen, Einhorn). W przypadkach o odczynie ujemnym stan polepsza się często po przeprowadzeniu leczenia przeciw-kiłowego. Alstett, Neem, Wile-Wartin znaleźli w niektórych przypadkach kiły żołądka krętek blady. Szereg innych autorów znalazł w potrawie zastoinowej krętki, które nie można było przy pomocy barwienia odróżnić od krętka bladego, chyba doświadczeniami na zwierzętach. Autor jest zdania Lerena, by we wszystkich przypadkach wrzodu żołądka, zwężenia odźwiernika i wrzekomych nowotworów, opornych zwykłemu leczeniu, systematycznie podawać iod i rtęć, przed zabiegiem chirurgicznym (nawet przy ujemnym odczynie Wassermanna). Rtęć podaje w postaci czopków[3]), jod równocześnie wewnętrznie. (Pierwszego dnia po lewatywie, podaje Leren, czopek rtęciowy, 2 dnia 4 g rtęci w postaci Unguent neapolit. belladonae, 3-go dnia domięśniowo 0,02 g hydragyri bijodati w roztworze olejowym, 4-go dnia powtarza się procedura jak w pierwszym dniu, 5-go dnia jak w drugim, 6-go, jak w 3-cim i t. d. przez 21 dni. Chory zażywa równocześnie 15—20 kropel jodu albo też jod wstrzykuje się domięśniowo 2 razy na tydzień. Pracę swą kończy podaniem bardzo obfitego piśmiennictwa. Dla lepszego przeglądu lepiejby autor postąpił, gdyby był ograniczył szczegóły anatomiczne, a zwłaszcza histogenetyczne, zaś leczenie zebrał i omówił w jednym rozdziale. Praca byłaby wprawdzie krótszą lecz bardziej jasną. Tem nie powinna być zmniejszoną zasługa autora, że dał nam dokładny obraz kiły żołądka we wszystkich jej przejawach, choroby, o której w piśmiennictwie światowem mało stosunkowo jest prac, w polskiej zaś żadnej.

Dr. Ungar (Lwów).

Doc. Dr. W a l t e r Z w e i g: *Darmkrankheiten.* Wiedeń-Berlin. J. Springer 1929, str. 157. (Bücher der ärztlichen Praxis Nr. 12).

Choroby jelit, ich rozpoznawanie i leczenie, należą do jednego z najtrudniejszych działów medycyny wewnętrznej. Niejedno jeszcze z tej dziedziny do dziś dnia mimo rozlicznych badań i prac pozostało dla nas niewytłumaczonem, opartem tylko na rozlicznych przypuszczeniach. Każdą pracę, rozpatrującą ten dział, szczególnie opartą na długoletniem doświadczeniu powitać należy z zadowoleniem. W przedmowie zaznacza autor, że książka służyć ma lekarzowi-praktykującemu jako doradca w powikłanych nieraz chorobach jelita. Na podstawie 30-letniej pracy w zakresie schorzeń przewodu pokarmowego miał sposobność zauważyć, jak często rozpoznanie z pokoju chorego wędruje do pracowni, stając się wartością drugorzędną, jak często brak obserwacji, daru, który starym naszym nauczycielom umożliwiał stawianie godnego podziwu rozpoznania przy łóżku chorego. Właśnie praktycznym lekarzom stojącym zdala od udoskonaleń chemicznej i fizykalnej techniki badania, zmuszonym rozpoznawać chorobę, przy oparciu się tylko na zapatrywaniu własnem, wskazuje Zweig drogi, które umożliwią im często rozwiązać trudne zagadki djagnostyki jelit dla dobra chorych. Autor podaje jeno to, co na podstawie dotychczasowych badań jego i innych okazało się najodpowiedniejszem. Treściowie rozdzielił on książkę na następujące rozdziały: I. Anatomję, fizjologję i patologję jelit (patologiczne wzmożenie peristaltyki, patologiczne osłabienie peristaltyki, uszkodzenie czynności wydzielniczej). — II. Metody badania (wywiady, zewnętrzne badanie chorego, badanie treści żołądkowej, badanie stolca, badanie rentgenologiczne i rektoskopowe). — III. Patologję szczegółową jelit. Autor omawia w tym rozdziale oddzielnie schorzenia organiczne jelit, wywołane zmianami anatomicznemi (zapalenia, owrzodzenia, obstrukcje, dyspepsje, nowotwory, wrzody dwunastnicy i jelita cienkiego, niedrożność jelit, zapalenie wyrostka robaczkowego, niedomogę zastawki krętnico-kątniczej (valvulae ileo-coecalis) oraz schorzenia odbytnicy) odrębnie schorzenia czynnościowe, a) Uszkodzenia peristaltyki (motilitas), (biegunki nerwowe, spazmy jelit, zwiotczenie jelita grubego oraz odbytnicy), b) Neurozy wydzielnicze (błonicę śluzowatą jelita, neurozy czuciowe (zmysłowe), kólki jelitowe). W osobnym rozdziale omawia djetetykę oraz leczenie djetetyczne chorób jelita. Dokładnie zaznajamia czytelnika z lekowaniem (Alkalia, Carminativa, Laxantia, i t. d.). Baczną uwagę zwraca również na fizykalne leczenie masażami, wodoleccznictwo, leczenie ciepłem. Nie zapomina o wodach mineralnych, odmawiając im jednak wartości leczniczych. Zweig podaje dużo spostrzeżeń i rad osobistych np. podawanie borówek jako środka leczniczego w rozmaitych postaciach przy nieżytach jelit (herbaty borówkowej przy nieżytach lżejszego stopnia, „gelee" z borówek i gelatyny przy nieżytach cięższych), wody białkowej (Eiereiweiswasser) i in. Autor świetnie wywiązał się ze swego zadania. Książkę tę śmiało można każdemu lekarzowi praktykującemu polecić w tem przekonaniu, że odda mu w pracy dobre usługi, tembardziej, że podobnej nie posiadamy w języku polskim.

Dr. Ungar (Lwów).

---

[1]) Brams znalazł zmiany kiłowe w żołądku w 3-cim miesiącu, Goldschmidt natomiast 28 lat po zakażeniu.

[2]) Küstner, Siegheim, Schur.

[3]) Hydrargyri bijodati 0,03—0,04, Vaselini, Lanolini aa qs., Butyri cacao 4,0.

BIBLJOGRAFJA.

Artykuły oryginalne w czasopismach.

Piśmiennictwo polskie.

Nowiny społeczno-lekarskie, rok III, nr. 4, z 15. lutego 1929: M. W-icz: Okólnik nr. 516 Komisarza Kasy Chorych m. st. Warszawy. — T. J a n i s z e w s k i: Uwagi w sprawie zbierania i zużytkowania materjału statystycznego (dok.). — S. J. S c h w e i g: Jaglica i jej zwalczanie w Łodzi. — J. B a c z k i e w i c z: Rzut oka na działalność Naczelnej Izby Lekarskiej w dwóch pierwszych jej kadencjach (I-sza 1923—1925, II-ga 1926—1928).

Nowiny społeczno-lekarskie, rok III, nr. 5, z 1. marca 1926: T. J a n i s z e w s k i: Projekt reformy konstytucji polskiej prof. Stan. Starzyńskiego, a sprawy zdrowia publicznego. — S. J. S c h w e i g: Jaglica i jej zwalczanie w Łodzi (dok.). — Z. R u d o l f: O usuwanie śmieci i nieczystości z miast. — J. B ą c z k i e w i c z: Rzut oka na działalność Naczelnej Izby Lekarskiej w dwóch pierwszych jej kadencjach (I-sza 1923—1925, II-ga (1926—1928).

Przemysł chemiczny, nr. 1929, nr. 7 z kwietnia 1929: P. K u c z y ń s k i: O niektórych zjawiskach w polu elektrycznem i magnetycznem (dok.). — W. P ł o s k i: Wpływ klimatu na jakość oleju lnianego.

Medycyna, rok III, nr. 10, z 16. marca 1929: Wł. A r c i s z e w s k i: Przypadek anginy z zanikiem ciałek wielojądrzastych we krwi (Agranulocitosis). — Sew. C y t r o n b e r g: O właściwościach soku żołądkowego i o mechanizmie jego wydzielania (c. d. n.).

Dziecko i matka, rok IV, nr. 7, z r. 1929: Z. Zawiszanka: Wiersz: „Narodziny". — N. Jastrzębska: Wiosenny niepokój. — F. Kruszewska: Niegrzeczny Wicuś. — W. Borudzka: Dzieci ambitne. — Z. Wierzejska: Rysowanie. — M. Wąsowicz-Sopoćkowa: Wychowanie estetyczne. — M. Morzkowska: Odżywianie niemowlęcia, karmienie naturalne. — T. Welfle: Druskieniki. — T. Welfle: Inowrocław. — P. Gleich: Płonica (szkarlatyna). — Matki między sobą.

Ratownictwo, rok I, nr. 4, z kwietnia 1929: Fr. Obarski: Ostre zatrucie sublimatem i udzielenie pierwszej pomocy. — G. Raciążek: O jednolity typ apteczki podręcznej. — Odezwa Głównego stołecznego Komitetu obywatelskiego pomocy dla powodzian. — Z. Gilewicz: Przystosowanie wozu gospodarskiego i taborowego do transportu chorych (c. d.). — J. Zawadzki: Walka z chorobami zakaźnemi. — A. Szuro: Ochrona zdrowia.

Lekarz Polski, rok V, nr. 4, z 1 kwietnia 1929: T. Janiszewski: Zagadnienie odosobnienia chorych gruźliczych od otoczenia i odgruźliczenie naszych uzdrowisk na posiedzeniu Naczelnej Rady Zdrowia, odbytem dnia 30. kwietnia 1928 r. — A. Sianowski: W sprawie specjalistów. — Z. Wasertreger: W sprawie organizacji opieki lekarskiej w szpitalach. — Medycyna społeczna zagranicą.

Polska Dentystyka, rok VII, nr. 2, za marzec — kwiecień 1929: J. Jarząb: Powikłania w czasie leczenia ran. — Drozdowski: Stomatologja a wiedza lekarska.

Wiadomości weterynaryjne, rok XI, tom VIII, nr. 104, za marzec 1929: Z. Górniewicz: Szczególne cechy oddechu u koni.

Medycyna praktyczna: rok III, zesz. 3, z r. 1929: T. Żuralski: O rzeżączce kobiecych narządów płciowych. — E. Łotocki. Odma sztuczna i jej znaczenie w leczeniu gruźlicy (dok.). — W. Janusz i T. Fleker: Apoplexia ovarii. — J. Katzner: Cibalgina i jej zastosowanie lecznicze w medycynie wewnętrznej.

Warszawskie Czasopismo Lekarskie, rok VI, nr. 15, z 11. kwietnia 1929: R. Kraus: Co wiemy o odporności w gruźlicy? — J. Rutkowski: O mięsaku limfatycznym. — N. Przyłucki: Antivirus Besredki, jako nowa metoda zwalczania chorób spowodowanych przez zakażenie gronkowcami i paciorkowcami (Streszczenie zbior. dok.). — L. Lejzerowicz: Gruźlica u żydów w Warszawie (dok.).

Lekarz wojskowy, rok X, tom 13, nr. 7 z 1. kwietnia 1929: Fr. Zalewski: Dwa przypadki powikłań znieczulenia lędźwiowego nagminnem zapaleniem opon mózgowych. — K. Chodkowski: Mezenchymalne nowotwory złośliwe trzustki w świetle danych piśmiennictwa z uwzględnieniem materjału sekcyjnego (z uwzględnieniem Zakładu anat. patol. Uniw. Warsz.). — Z. Łaski: Uszkodzenia kości udowej i sąsiednich stawów, ich unieruchomienie i transport w polu. — St. Wszelaki: Metody klasyfikacji gruźlicy płuc.

Wiadomości Lekarskie, rok II, nr. 3, z marca 1929: W. Janusz i W. Rzepecki: Kiła a jej czwartorzędne schorzenia układu nerwowego. — M. Schieber: Zastosowanie promieni Roentgena w diagnostyce chorób płucnych (dok.). — P. Gleich: Zaburzenia w krążeniu u dzieci w przebiegu chorób zakaźnych. — H. Landau: Ustawa o ubezpieczeniu społecznem.

Ratownictwo, rok I, nr. 3, z marca 1929: Fr. Białokur: Zamachy samobójcze. — W. Markert: Otrucia środkami nasennymi. — Z. Gilewicz: Przystosowanie każdego wozu gospodarskiego i wozu taborowego do wygodnego transportu chorych i rannych. — M. Swoboda-Trzebiński: Przed powodzią.

Wiadomości farmaceutyczne, rok LVI, nr. 15, z 14 kwietnia 1929: J. Muszyński: Zmierzch hodowli roślin lekarskich w Niemczech. — Destylacja i najnowsze aparaty destylacyjne. — Nowe leki. — Sprawy zawodowe.

Przyroda i technika, rok VIII, zeszyt 4, z kwietnia 1929: K. Wodzicki: Zjawiska przeżuwania u bydła w świetle nowszych badań. — L. Houllevigne: Co współczesna nauka powiedzieć nam może o istocie piorunów. — Z. Łaskiewicz: Parę słów o metalografji.

Nowiny społeczno-lekarskie, rok III, nr. 8, z 15 kwietnia 1929. W. Jeżewski: Projekt zmian w ustawodawstwie ubezpieczeniowem. — Z. Rudolf: O usuwanie śmieci i nieczystości z miast (dok.). — Po zawarciu umowy w Wielkopolsce. — Medycyna społeczna zagranicą. — Z organizacyj lekarskich.

PRZEGLAD PIŚMIENNICTWA.

Piśmiennictwo polskie.

Zagadnienia Rasy.

T. III., Nr. 7. 1926 r.

Dr. Wernic: *Eugenika i wytyczne jej działalności w Anglji i w Polsce.* Naukowa hipoteza eugenistów w Anglji opiera się na przypuszczeniu niejednokrotnie już potwierdzonem, że potomstwo zrodzone z rodziców stojących powyżej średniej miary ludzkiej będzie powyżej przeciętnego typu i uzdolnień i naodwrót. Dla poprawy rasy ludzkiej jest potrzebne rozmnażanie się ludzi wartościowych a ograniczanie mniej wartościowych, co da się osiągnąć przez: 1) segregację i 2) wyjałowienie.

Segregacja dotyczy ludzi niedorozwiniętych umysłowo a szczególnie przestępców nałogowych, alkoholików i nałogowych bezrobotnych, którzy byliby trzymani w zakładach zamkniętych.

Wyjałowienie stosowane byłoby do osób obarczonych cierpieniami dziedzicznemi, nieuleczalnemi, które przekazać się mogą potomstwu.

Z powyższych kwestyj wypływają pewne zagadnienia, jak: ograniczenie liczebności osób mniej wartościowych, a otaczanie specjalną opieką wysokowartościowych,

kontrola zapłodnień uzasadniona z. jednej strony względami lekarskiemi dla wprowadzenia przerw pomiędzy ciążami, aby organizm kobiety nie uległ wyczerpaniu, zaś z drugiej strony względami tak ekonomicznemi jako obawa pogorszenia stanu materjalnego rodziny w razie powiększenia jak i względami natury państwowej, dotyczącemi regulacji gęstości zaludnienia kraju,

dobór małżeński, fakt najdonioślejszy z punktu widzenia eugeniki,

badanie stanu umysłowego i fizycznego młodzieży, prawodawstwo małżeńskie, pomoc państwa przy wychowywaniu dzieci nieślubnych, ulgi ze strony państwa dla liczniejszych rodzin,

zwrócenie uwagi na skutki krzyżowania ras i skrupulatne tegoż badanie i walka z czynnikami zwyrodniającemi.

Powyższe główne wytyczne działalności Tow. Eugenicznego w Anglji pokrywają się naogół z tezami Polskiego Tow. Eugenicznego, które uwzględniają: 1) sprawę doboru płciowego, 2) sprawę badania i zastosowania uzdolnień, oraz 3) walkę ze zwyrodnieniem. Natomiast w krzyżowaniu ras należy raczej dopatrywać się czynnika eugenicznego pomyślnego, jak wskazują przykłady, choćby Anglji i Stanów Zjednoczonych Ameryki Północnej.

Szczególnym dogmatem eugeniki w Polsce, po 150-letniej niewoli musi być walka z przyzwyczajeniami niewolniczemi, które zatruwają życie społeczne, a do których zaliczyć należy fałsz, tchórzowstwo, brak odwagi cywilnej, ugodowość i oportunizm.

T. III. Nr. 11 i 12.

Dr. Szczodrowski: *Co robi Tow. Eugeniczne,* (odczyt w Tow. Eug.). Twórca działalności opartej na zasadach działu wiedzy zwanego eugeniką jest anglik Galton, który zaobserwował że w społeczeństwach współczesnych zmniejsza się bardzo szybko odsetek ludzi utalentowanych, wskutek czego uważa, że cywilizacja może być tem zagrożona.

Przyczynę tego stanu rzeczy widzi Galton w nieodpowiedniem dobieraniu się małżeństw, wskutek czego drogą dziedziczności zanikają u potomstwa cechy dodatnie a biorą górę cechy ujemne.

Polskie Tow. Eugeniczne jest organizacją społeczną, która krzewi ideologję Galtona celem rozwinięcia i udoskonalenia wrodzonych własności rasy w kierunku najkorzystniejszym dla społeczeństwa.

Zawiązków tej działalności szukać należy w 1915 r. kiedy w Tow. Higjeny praktycznej im. Bol. Prusa powstał wydział walki z chorobami wenerycznemi zmieniony potem na samodzielne Polskie Tow. walki z chorobami wenerycznemi i nierządem, a w r. 1919 na Polskie Tow. walki ze zwyrodnieniem rasy, wreszcie przekształcone w 1923 r. na Polskie Tow. Eugeniczne, które za zadanie swoje przyjęło „wzmożenie tężyzny fizycznej, umysłowej i moralnej Narodu Polskiego, spotęgowanie jego odporności i sił twórczych".

Polskie Tow. Eugeniczne zdążając do wytkniętego celu drogą rozmaitych środków propagandowych oraz współdziałaniem z władzami państwowemi i samorządowemi i z organizacjami społecznemi o celach pokrewnych, podzieliło swą działalność na cztery działy:

Pierwszy dział genetyczny dotyczy spraw dziedziczności, doboru małżeństw i porad przedślubnych.

Drugi wychowania — mieści w sobie sprawy wrodzonych uzdolnień, zamiłowania i wyboru zawodu, psychologji indywidualnej, hamowania wybujałego popędu płciowego.

Trzeci — prawno - społeczny — traktuje zagadnienia eugeniczne z punktu prawnego a więc sprawy małżeństw, zagadnienia potomstwa u typów ujemnych, walki z epidemją samobójstw i poronień, polityki ludnościowej i t. d.

Czwarty — zapobiegania i lecznictwa — to walka z chorobami zwyradniającemi.

Polskie Tow. Eugeniczne jest członkiem założycielem Międzynarodowego Związku do zwalczania zarazy wenerycznej oraz członkiem Międzynarodowego Związku Towarzystw Eugenicznych.

Cele eugeniki powinny znaleść jaknajwięcej zwolenników, ponieważ z nimi wiąże się przyszłość społeczeństwa.

T. III. Nr. 10. 1927 r.

Dr. Wernic: *Wymieranie narodów w przeszłości i narodów współczesnych oraz rola prawodawstwa i organizacyj eugenicznych w chwili bieżącej* (odczyt w Twie Eugenicznem). Prelegent podkreślił rolę eugeniki, jaką ta musi odegrać przy usiłowaniach ujęcia rozmnażania się ludności w racjonalne formy. Tendencje ograniczenia potomstwa, istniejące jeszcze w starożytności, w wyniku których niektóre narody zniknęły z powierzchni ziemi, szerzą się w obecnej dobie z siłą jeszcze większa. Neomaltuzjaniści są zwolennikami nieograniczonego wstrzymania rozrodu dla celów korzyści indywidualnej przez co wykazują obojętność dla spraw społecznych i narodowych. Tymczasem dla Polski i Jej niepodległego bytu przedstawia urzeczywistnienie haseł tych niebezpieczeństwo zanikania ludności. Do tego nie wolno dopuścić. Należy natomiast skierować usiłowania w kierunku selekcji płodności, w kierunku płodzenia ludzi zdrowych, zdolnych, podnoszących wartościowość ludzkości a przeciwdziałanie rozmnażaniu się typów słabych, upośledzonych fizycznie lub umysłowo.

Program eugeniki polskiej w sprawie rozrodu streszcza się w trzech punktach: 1) zachowanie odpowiedniej gęstości zaludnienia wystarczającej dla obrony kraju, 2) popieranie rozrodu typów dodatnich, 3) powstrzymanie ewentualnie ograniczenie rozrodu typów zwyrodniałych, zwłaszcza, że rodziny matołków są bardzo płodne i chętnie wstępują w związki małżeńskie.

Wykonanie powyższego programu opiera się: 1) na doborze małżeńskim, 2) na wyborze zawodu, 3) na walce z czynnikami zwyradniającemi. Środkami do tego obok systematycznych wykładów i broszur są poradnie eugeniczne. Udzielane porady dzielą się na dwie kategorje:

I. dla osób pozostających w stanie wolnym,
II. dla osób pozostających w związkach małżeńskich.

I. Porady te mają na celu: 1) pouczanie o zapobieganiu chorobom wenerycznym, i połączone z tem 2) pogotowie eugeniczne dla stosowania odpowiednich środków zapobiegawczych, 3) pouczanie o unikaniu zapłodnienia przedślubnego, 4) porady przedślubne, 5) pouczanie o higjenie życia płciowego, 6) świadectwa przedślubne.

II. Porady te mają uwzględniać: 1) budowę zewnętrzną kandydatów i kandydatek do stanu małżeńskiego, 2) pouczenie, że nie należy stosować środków zapobiegawczych przed przyjściem na świat pierwszego dziecka, 3) sprawę niepłodności, która nieraz da się usunąć, 4) sprawe poronień, które z punktu eugenicznego dla osób zdrowych są godne potepienia.

Poza tem w poradniach niezbędne jest badanie uzdolnień i wyboru zawodu oraz uwzględnienie porad w zakresie sportów, które przy racjonalnem stosowaniu są niezawodnym środkiem regulowania rozwoju seksualnego. Taka droga jedynie będzie można doprowadzić do stworzenia szlachetnego typu człowieka wyższej miary a do usunięcia niedorozwiniętego społecznie chorego, fizycznie i umysłowo podczłowieka.

T. III. Nr. 8. 1926 r.

Dr. J. B.: *Wyjaławianie w Stanach Zjednoczonych Ameryki Północnej.* Stany Zjednoczone Ameryki Północnej starają się w radykalny sposób przyszłe pokolenia uchronić od dziedziczności chorób umysłowych i zbrodniczości wrodzonej i dążą do tego, aby rodzice z których choćby jedno było obciążone tego rodzaju cierpieniem nie posiadali potomstwa. Zamykają więc umysłowo chorych w specjalnych zakładach; nie mogąc zaś szybko zmniejszyć liczby umysłowo chorych wśród ogółu ludności, uchwalono w ciągu czasu od 1907 roku w 23 Stanach prawo sterylizacji, dokonywanej w szpitalach na wniosek komisji lekarzy specjalistów i z upoważnienia sądu. Operacja ta szczególnie u mężczyzn jest zabiegiem bardzo lekkim. Prawo to jest w praktyce wykonywane i zastosowano je do kilku tysięcy mężczyzn i kobiet.

T. III. Nr. 8. 1926 r.

Stefan Blank-Weissberg: *O powstawaniu płci* (odczyt w Tow. Eug.). Kwestja powstawania płci była przedmiotem różnych teoryj, których powstanie sięga czasów starożytnych, kiedyto uczeni twierdzili, że na płeć potomka wpływa tylko nasienie męskie albo temperatura macicy względnie nasienie i t. p. W czasach średniowiecznych biologja nieznacznie tylko posunęła się naprzód; uważano wówczas, iż bodźce świata zewnętrznego nie mogą wywierać wpływu na płeć potomstwa.

W okresie XIX i XX wieku starali się uczeni rozwiązać zagadnienie na podstawie danych statystycznych lub eksperymentalnych czy wreszcie na podstwie badań komórek rozrodczych i danych dziedziczności.

Badania prowadzone na drodze statystycznej oraz eksperymentów polegających na poddawaniu samic wzgl. jaj pewnym warunkom zewnętrznym, nie doprowadziło do pozytywnego rezultatu. Dość trafnie natomiast starają się wyjaśnić tę kwestję liczne badania nad budową komórek płciowych.

Prelegent przytacza kilka różnych faktów ustosunkowania się chromosonów podczas procesu zapłodnienia i o powstałym w ten sposób związku przyczynowym z powstawaniem płci, przyczem należy podkreślić że wyniki tych badań zgadzają się z obecnym stanem nauki o dziedziczności czyli t. zw. mendelizmem.

Rezultat tych badań stanowi niewątpliwie duży krok naprzód pozwalający mieć nadzieje, że prawdopodobieństwo wywierania w przyszłości wpływu na płeć potomstwa nie jest wykluczone.

Dr. Górzowa.

Piśmiennictwo niemieckie.

Narkose und Anaesthesie.

1928. 7.

Rud. Jaschke: *Nowoczesny sposób znieczulania w ginekologji.* Na podstawie doświadczenia klinicznego uważa autor znieczulenie paracerwikalne w połączeniu ze znieczuleniem pudendokokcygealnem za wystarczające celem zniesienia względnie zmniejszenia bólów porodowych. Zwłaszcza znieczulenie pudendalne może być używane zupełnie bezpiecznie i pewnie ze względu na swe działanie. Autor nie zna innego znieczulenia, któreby było równie dobre i równocześnie tak mało szkodliwe dla matki jak i dziecka.

Ad. Ujma: *Usypianie odbytnicze w zabiegach ginekologicznych.* Autor poleca ten sposób usypiania.

Paul Hussy: *Wybór uśpienia w zabiegach ginekologicznych.* Znieczulenia lędźwiowe i krzyżowe nie wystarczają lub też są bardziej niebezpieczne niż zwykła narkoza inhalacyjna, zaś uśpienie narcylenem nadaje się tylko do wielkich klinik a nowsze sposoby są jeszcze nie zbadane. Znieczulenie miejscowe jest sposobem dobrym i bezpiecznym jednak w większości przypadków, w których się musi wykonać cięcie cesarskie jest niewystarczające, z powodu czego należy je w przypadkach niepowikłanych uzupełnić narkozą. Z tego wynika, że tak w prywatnej praktyce jak i w większych zakładach usypianie oddech. jest najwygadniejsze.

1928. 8.

Genz: *Nowsze badania nad usypianiem ze specjalnem uwzględnieniem usypiania oddechowego.* Eter i chloroform (ostatni coraz rzadziej stosowany) wystarczają do przeprowadzenia odpowiednio głębokiego uśpienia w każdym przypadku. Wykazują one jednak pewne braki, które należy się starać usunąć.

Narcylen na razie nie może tych braków zastąpić z powodu trudności stosowania go.

Uśpienie odbytnicze i dożylne (avertyna i inne) znajdują się jeszcze w okresie początkowych badań.

Dwutlenek azotu jest najbardziej bezpiecznym środkiem tak, że można go polecić do stosowania przy mniejszych zabiegach. Technika podawania jego za pomocą ap. Sudecka-Schmidta jest łatwa do opanowania nawet przez sprytniejszy personel niższy.

Lessing: *Zniesienie bólu za pomocą chlorku etyl.* Autor omawia zalety tego środka.

Janik (Lwów).

RUCH W TOWARZYSTWACH LEKARSKICH. — ZJAZDY.

Towarzystwo Lekarskie Zagłębia Dąbrowskiego.

Protokół Zebrania Naukowego odbytego w Sosnowcu dnia 7 listopada 1928 r.

Obecnych 29 członków i 10 gości.

Przewodniczący kol. Kozłowski.

Kol. Nasiłowski demonstruje przypadek porażenia pobłoniczego u chłopca, u którego porażenie to ustępuje bez leczenia.

Kol. Zahorski przedstawia 17-letnią chorą, u której stwierdza się wczesny okres śpiączkowego zapalenia mózgu z jednoczesnymi objawami zaburzeń czynnościowych. Chora od $2^1/_2$ miesięcy sypia po całych dniach i nocach, jest wyraźnie osłabiona, poci się obficie, błony śluzowe ust suche, pokryte lepką śliną. Jednocześnie stwierdza się zniesienie odruchu rogówkowego i z języczka, wzmożenie odruchów kolanowych, zaburzenia czuciowe, wysepkowe znieczulenie oraz zwężenie pola widzenia na barwę czerwoną i znaczne zwężenie na zieloną.

Badanie krwi na Wassermanna i Meinicke'go dało wynik ujemny; morfologiczne badanie krwi wykazuje zmniejszoną ilość ciałek czerwonych, ubogich w hemoglobinę.

Badanie płynu mózgowo-rdzeniowego, otrzymanego pod ciśnieniem nieco wzmożonem, wykazało pojedyncze ciałka białe. Odczyn Pandy'ego ujemny. (Streszczenie własne).

Kol. Gosiewski przypuszcza, iż w danym przypadku senność może być na tle niedokrwistości, a może niedokrwistość spowodowana jest obecnością czerwi jelitowych, radzi przeto zbadać kał na pasożyty.

Kol. Puterman, który miał sposobność widzieć chorą zaznacza, iż łatwość zasypiania (n. p. zaraz po badaniu) i senność całymi tygodniami trwająca nie może być tłumaczona niedokrwistością.

Kol. Zahorski podaje, że w ostatnim czasie znowu zdarzają się świeże przypadki śpiączkowego zapalenia mózgu, co do przedstawionej chorej dodaje, iż niezwykle łatwo zasypia; pewnego dnia zasnęła w polu podczas spaceru i znaleziono ją przypadkowo. Takiej senności u niedokrwistych nie obserwuje się.

Po wyczerpaniu materjału demonstracyjnego sekretarz odczytał protokół z poprzedniego zebrania naukowego.

Protokół ten wywołuje ożywioną dyskusję, po której zebrani ponownie uchwalają wniosek prezesa kol. Kozłowskiego ustanawiający, oprócz datku na sierociniec, jednorazowy fundusz zapomogowy dla studentów medyków.

Po głosowaniu prezes kol. Kozłowski opuszcza zebranie, a przewodnictwo obejmuje wiceprezes kol. Puterman, który udziela głosu kol. Witkowskiemu.

Kol. Witkowski wygłasza odczyt: *„O wskazaniach do sztucznego przerwania ciąży"*. (Streszczenia prelegent nie podał).

W dyskusji nad odczytem kol. Witkowskiego, kol. Ryder zauważa iż często wskazania do przerwania ciąży są natury społecznej, a gruźlica służy tylko dla usprawiedliwienia zabiegu, gdyż sprawy społeczne nie są prawnie ujęte. Kol. Ryder jest zwolennikiem uwzględniania wskazań społecznych zwłaszcza gdy się bierze pod uwagę, że przerwanie ciąży dokonane lege artis jest mniej szkodliwe, niż poronienia wywoływane przez akuszerki-babki.

Odrębną kwestję stanowić będzie ustalenie jaką gruźlicę należy uważać za wskazanie do przerwania ciąży, a także unormowanie wypłacania zasiłków.

Kol. Ryder wspomina mimochodem, że koledzy w Zagłębiu Dąbrowskiem pojęcie gruźlicy biorą zbyt obszernie i wyszukują ją u przeważnej ilości chorych; ma na myśli odczytywanie przez kolegów rentgenogramów, o czem zresztą wygłoszą referat kol. Osiński i Welfe.

Kol. Suchodolski nie może zgodzić się ze zdaniem kol. Rydera jakoby lekarze w Zagł. Dąbrowskiem dopatrywali się gruźlicy tam, gdzie jej niema; badają oni bowiem tak samo jak i lekarze w innych okolicach kraju.

Zjazd ginekologów w r. 1925 nie uważał gruźlicy za wskazanie do przerwania ciąży.

Kol. Puterman podkreśla, że żydówki gruźliczne znoszą bardzo dobrze ciążę i karmienie; pogorszenie stanu gruźlicy następuje u nich dopiero po odstawieniu dziecka od piersi.

Przy przerwaniu ciąży należy uwzględniać oprócz gruźlicy także serce i nerki, co zresztą kol. Witkowski w osobnym odczycie poruszy, a zwrócić uwagę także i na osobniczą tolerancje chorej.

Zdaniem kol. Kotarskiego ciąża, poród i karmienie wpływają w naszych warunkach zawsze źle na stan kobiet gruźliczych. Na brak gruźlicy nie może Zagłębie narzekać; jest jej dosyć wbrew mniemaniu żywionemu do niedawna przez starych kolegów. W przemówieniu kol. Witkowskiego stwierdza pewną niekonsekwencję.

Domaga się kol. Witkowski by w pierwszych trzech miesiącach ciąży podtrzymywać stan chorej i unikać przerwania ciąży, a zaraz potem podkreśla, że przerwanie ciąży w późniejszych miesiącach jest rzeczą niebezpieczną.

Kwestji społecznej nie mogą przesądzać lekarze, dla których miarodajnemi mogą być tylko względy lekarskie, w przeciwnym bowiem razie lekarze nie mogliby odmówić żadnej kobiecie przerwania ciąży.

Wskazań społecznych nie wyklucza kol. Gruszkiewicz, który pozatem godzi się ze zdaniem kol. Kotarskiego o niszczącem działaniu ciąży, a często i karmienia na gruźliczne kobiety, o czem przekonują się najlepiej lekarze interniści. Wniosek na przerwanie ciąży powinien stawiać lekarz internista dopiero po pewnej obserwacji ciężarnej, gdyż tylko przebieg i rozpoznanie kliniczne, a nie Roentgen są miarodajnemi wskazówkami w rozpoznawaniu gruźlicy.

Przy wskazaniach do przerwania ciąży musimy się liczyć — jak to zaznacza kol. Rechtschaft — z innymi u nas niż w państwach zachodniej Europy — jak n. p. we Francji, — warunkami życia matek gruźlicznych. Tam istnieją dla matek gruźlicznych specjalne domy, których u nas brak.

O ile nie przerwiemy ciąży u matki gruźliczej to i tak zabijamy dziecko, które pozostawione przy matce zaraża się jej gruźlicą i ginie.

Kol. Zamieńskiego interesują formy gruźlicy, z jakiemi Koledzy skierowują ciężarną do przerwania ciąży, oraz okres ciąży, w którym należałoby kierować ciężarne do usunięcia płodu.

Rozpoznawać Adenopathji u dorosłych nie możemy, gdyż ta forma jest przywilejem wieku dziecięcego.

Po przemówieniu kol. Zamieńskiego posiedzenie zamknięto i protokół zakończono.

Sekretarz: (—) *Dr. Krogulski.* Prezes: (—) *Dr. M. Kozłowski.*

Sprawozdanie Walnego Zebrania Związku Lekarzy P. P. Okrąg lwowski, z dnia 7. kwietnia 1929.

Obecni: Dr. Szumlański, delegat Zarządu Głównego, prof. Dr. Nowicki naczelnik Izby lekarskiej, prof. Dr. Franke, dziekan Wydziału lekarskiego, Zarząd Zw. Lek. P. P. Okrąg lwowski, Delegaci Izby Lekarskiej oraz Delegaci Obwodów drohobyckiego, lwowskiego i tarnopolskiego.

Przewodniczył Zebraniu kol. Szumlański, sekretarzował kol. Stobiecki.

Przewodniczący otworzył posiedzenie podnoszące sukces odniesiony przez Związek w sporze z Kasami chorych na terenie Zachodniej Polski.

Prezes Okręgu kol. Daum poświęcił wspomnienie pośmiertne ś. p. kol. Moszkowiczowi, członkowi Zarządu Okręgu. Następnie zdał on sprawozdanie z czynności Zarządu w 1928/29 r. Przedstawił akcję Zarządu w okresie wyborów do Rady Kasy chorych w powiecie i mieście Lwowie oraz na prowincji. Ideą Zarządu było przeprowadzenie do Rad kasowych lekarzy na członków oraz do Zarządów, którzyby stanowili element fachowy w powyższych organach kas. Ponadto rzucono hasło dania możności ubezpieczonym korzystania w szerszym zakresie ze swobodnego korzystania t. j. bez rygoru ambulatoryjnego z pomocy lekarzy kasowych przy wolnym wyborze tychże. Podkreślił wybitną akcję Zarządu w okresie stanu bezkontraktowego w Kasach chorych w Zachod. Polsce. Przyczem znalazł Związek całkowite zrozumienie oraz poparcie ze strony Związku Lekarzy Kasowych we Lwowie. Czynny udział w wyborach do Rady Izby Lekarskiej we Lwowie i na prowincji umożliwił przeprowadzenie poza sympatykami Związku 15. czynnych członków naszych (na ogólną liczbę 48), z których czteru weszło do Zarządu Izby (na ogólną liczbę 9-ciu). Naczelnikiem Izby wybrano prof. Nowickiego, członka Zarządu Okręgu. Wyrazem przenikania wśród lekarzy idei i zrozumienia konieczności organizowania się zawodowego jest powstanie we Lwowie Związku Lekarzy szkolnych, kuratorjum lwowskiego. Zaznaczył o wielkich trudnościach w organizowaniu elementu lekarskiego — szczególnie w Okręgu lwowskim. Jednak najlepszym dowodem do czego mogą doprowadzić zrozumienie idei Związku, oraz wytrwałość jest duży rozwój Obwodu Tarnopolskiego. W końcu podkreślił stałą dążność Zarządu Okręgu i Obwodów do współpracy na terenie interesów zawodowych ze wszystkiemi organizacjami lekarskiemi.

Następnie zdali Delegaci Obwodów swoje sprawozdania poruszające kwestję kasy emerytalnej przy Izbie Lekarskiej, sprawę karencji w Tarnopolu, zagadnienie kumulacji posad (często z zakresu różnych specjalności). — Ponadto delegat Tarnopola podkreślił, że ostatnie wybory do Kasy chorych odbyły się u nich pod hasłem wolnego wyboru lekarzy przez ubezpieczonych, co ma szczególne znaczenie na powiecie. — Pozatem przy wyborach weszło do Rady Kasy czteru lekarzy, a dwóch do Zarządu.

Po dłuższej dyskusji, w której między innemi podkreślił prof. Nowicki rolę Izby Lekarskiej, jako neutralnego terenu współpracy wszelkich organizacyj lekarskich, omówiono sprawę Krakowskiej Kasy pogrzebowej i jej ścisłego związku organicznego ze Związkiem Lek. P. P.

W wyborach uzupełniających do Zarządu Okręgu lwowskiego wybrano kolegów: Henryka Begleitera, Emanuela Damańskiego, Władysława Hojnackiego, Tadeusza Wiczyńskiego ze Lwowa oraz Ludwika Mańkowskiego z Kulparkowa.

Przewodniczący zamknął obrady zawiadomieniem, że Walny Zjazd Związku odbędzie się w dniach 30 i 31. maja b. r. w Poznaniu.

SPRAWY ZAWODOWE.

Sąd Izby lekarskiej łódzkiej.

Sprawa L. 46—47. Posiedzenie orzekające. Komplet III. Sądu Izby Lekarskiej Łódzkiej w składzie: Dr. Manteuffel J. — Przewodniczący; Dr. Dr. Klozenberg F., Rosiewicz J., Tenenbaum Sz., Skalski St. — członk. Sądu; Dr. Prechner Z. — zast. czł. Sądu; Dr. Kryszek H. — Sekretarz: Dr. Dr. Brzozowski K., Rueger H. Biegli, w obecności Rzecznika oskarżenia Dra Nowickiego S. i obrońcy z urzędu Dra Dobulewicza M. na posiedzeniu w dniu 20. czerwca 1926 roku rozpatrzył sprawę z powództwa Dra Kindlera Hieronima przeciwko doktorowi Kowalewskiemu Wacławowi, lekarzowi w Piątku zamieszkałemu, oskarżonemu o nieetyczne postępowanie i, zważywszy, że Dr. Kowalewski Wacław, lekarz w Piątku zamieszkały a) zarzucił bezpodstawnie Drowi Kindlerowi popełnianie czynów kryminalnych, b) niesłusznie podkopał jego opinję jako członka i lekarza, c) obniżył swem postępowaniem powagę stanu lekarskiego, wydał następujący

Wyrok:

Dr. Kowalewski Wacław skazany zostaje w myśl artykułu 33 Ustawy o ustroju i zakresie działania Izb Lekarskich na karę III stopnia t. j. na naganę z zaostrzeniem wyroku przez ogłoszenie w biuletynie Izby Lekarskiej Łódzkiej i w „Polskiej Gazecie Lekarskiej" z podaniem imienia i nazwiska.

Koszty sądowe w ilości złotych 50 (pięćdziesięciu) ponosi zasądzony.

Wyrok nieostateczny. Od wyroku tego rzecznikowi oskarżenia i zasadzonemu, na zasadzie art. 38 Ustawy o ustroju i zakresie działania Izb Lekarskich przysługuje, w ciągu dni 14 od doręczenia wyroku, prawo odwołania do Naczelnej Izby Lekarskiej za pośrednictwem Izby Lekarskiej Łódzkiej.

Sekretarz: *Dr. Kryszek.* Przewodniczący: *Dr. Manteuffel.*

Motywy wyroku w sprawie przeciwko Drowi Kowalewskiemu.

Ad a). Na przewodzie sądowym zostało ustalone, że zarzuty czynione przez Dra Kowalewskiego Wacława Drowi Kindlerowi o zgwałcenie nie są poparte żadnym dowodem. Sprawa ta była na wokandzie Sądu Koronnego wobec skargi rzekomo poszkodowanej i dla Dra Kindlera nie miała żadnych następstw. Sąd Izby Lekarskiej piętnuje postępek Dra Kowalewskiego, rzucający bezpodstawnie oszczerstwa na kolegę.

Ad b). Podkopywanie opinji o Drze Kindlerze przez Dra Kowalewskiego drogą rozgłaszania o nim szeregu rzekomo kompromitujących go, jako człowieka i lekarza, czynów, nie zostało w żadnym konkretnym przypadku udowodnione na przewodzie sądowym. Sąd Izby Lekarskiej piętnuje powyższe postępowanie Dra Kowalewskiego, jako wogóle niedopuszczalne pomiędzy lekarzami i dopatruje się w tem chęci zemsty ze strony Dra Kowalewskiego nad lepiej przygotowanym do wykonywania swego zawodu kolegą.

Ad c). Dr. Kowalewski Wacław okazał na przewodzie sądowym taki ogromny brak orjentacji w najprostszych zagadnieniach praktyki lekarskiej, oraz taki brak wszelkich podstaw wiedzy lekarskiej, iż Sąd Izby Lekarskiej tylko temu przypisać może stosowanie przez Dra Kowalewskiego metod leczniczych, jaskrawo przypominające metody znachorskie.

Wobec powyższego Sąd Izby Lekarskiej uważa, że Dr. Kowalewski obniża powagę stanu lekarskiego i przynosi szkodę nie tylko ogółowi lekarzy, lecz i tej ludności, która z zaufaniem zwraca się do niego, po pomoc lekarską.

Niezależnie od powyższych motywów wyroku, Sąd Izby Lekarskiej wobec ujawnionej na przewodzie sądowym zupełnej nieznajomości zasadniczych podstaw nauki lekarskiej i postępowania lekarskiego, uchwalił zwrócić się z umotywowanem pismem do Zarządu Izby Lekarskiej Łódzkiej o spowodowanie rewizji uprawnień lekarskich przez Dra Kowalewskiego.

Sekretarz: *Dr. Kryszek.* Przewodniczący: *Dr. Manteuffel.*

Zasady deontologji lekarskiej obowiązujące na terenie Wileńsko-Nowogródzkiej Izby Lekarskiej.

Ciąg dalszy.

III. Obowiązki lekarzy względem społeczeństwa.

§ 17. Niedozwolona jest wszelka reklama lekarska, wykraczająca poza zakres rzeczowych informacyj, a mająca na celu podawanie do wiadomości szczególnych kwalifikacyj i zalet lekarza lub jego metod i sposobów leczniczych, a także narzucająca publiczności w sposób natarczywy usługi lekarza.

§ 18. W pismach lekarskich dozwolone są wszelkie zgodne z rzeczywistością ogłoszenia lekarskie. Za treść tych ogłoszeń odpowiedzialna jest redakcja tych czasopism.

W pismach niefachowych wolno lekarzowi umieszczać zawiadomienia, ograniczające się wyłącznie do podania swego imienia i nazwiska, stopnia naukowego, specjalności, (bez wymieniania szczegółów i metod leczenia), adresu, godzin ordynacji, numeru telefonu oraz wyrazu „rozpoczął praktykę", „wznowił przyjęcia chorych", „przeprowadził się", „wyjechał", „powrócił".

Liczba ogłoszeń nie może przekraczać 36 w ciągu roku. Ogłoszenia przed tekstem na pierwszej stronie pisma, dużemi literami, (tłustemi czcionkami), w ramkach, obwódkach i t. p. uważane są jako posiadające cechy reklamy.

Ogłaszanie podziękowań dla lekarzy jest reklamą, za którą lekarz staje się odpowiedzialny, o ile jej nie przeciwdziałał.

Na prowincji wolno lekarzowi świeżo osiedlającemu się rozesłać jednorazowo okólnik do instytucyj społecznych, samorządowych, rządowych, aptek, mieszczący wyżej wymienione dane.

Zabrania się wywieszać ogłoszenia w aptekach, składach aptecznych i wszelkich instytucjach handlowych, a także rozsyłać ogłoszenia i rozdawać ulotki na ulicach.

Zakłady lekarskie mogą się posługiwać środkami godziwej reklamy kupieckiej.

§ 19. Napisy na szyldach lekarzy mogą zawierać tylko szczegóły podane powyżej dla ogłoszeń lekarskich.

Tablica pod względem wielkości i formy nie powinna w sposób rażący zwracać uwagi przechodniów. Zwykle dopuszczalna jest tylko jedna tablica na ulicy przy wejściu do domu, w którym lekarz mieszka, oraz tablica na drzwiach wejściowych do mieszkania lekarza.

Na domach narożnych lub o kilku frontach dozwolone jest umieszczenie tablicy na każdym froncie domu, a w domach przechodnich umieszczenie tablicy przy każdej bramie wchodowej.

Wolno też w razie zmiany mieszkania na przeciąg nie dłużej jednego roku, umieścić na domu, w którym lekarz dawniej mieszkał, tablicę, wskazującą nowy jego adres.

Umieszczanie tablic z jakiemikolwiek ogłoszeniami poza obrębem domu, w którym lekarz ordynuje, oraz w miejscach i lokalach publicznych jest wzbronione. Dopuszczalne są tablice dodatkowe w sieniach i korytarzach. Tablice te pod względem wielkości, formy i treści odpowiadać winny wyżej podanym wymaganiom:

§ 20. Wzbronione są następujące sposoby reklamy:

a) Ogłaszanie pomocy lekarskiej w przewodnikach podróży, w księgach informacyjnych dla podróżnych, w kalendarzach (z wyjątkiem lekarskich), w pismach ulotnych, ogłoszeniach hotelowych i tym podobnych drukach, oraz zezwalania na takie ogłoszenia.

Dopuszczalny jest jednak w podobnych publikacjach, ogólny spis wszystkich lekarzy, wykonywających praktykę w pewnej miejscowości, z wyszczególnieniem ich adresu, specjalności, godzin ordynacyjnych.

b) Ogłaszanie w dziennikach lub wogóle publiczne ofiarowanie bezpłatnej lub ulgowej pomocy lekarskiej.

c) Zalecanie szczególnych własnych metod leczniczych lub środków tajemnych drogą ogłoszeń w pismach nielekarskich lub przy pomocy ulotek, czy też odczytów publicznych.

d) Zamieszczanie w pismach nielekarskich opisów kuracji lub dokonanych rękoczynów.

Wygłaszanie przemówień o przypadkach chorobowych i operacjach, przez siebie dokonanych, przed nielekarzami w miejscach publicznych.

e) Podawanie w dziennikach wzmianki o zawodowym udziale w przypadkach niezwykłych lub dotyczących osób wpływowych, z wyjątkiem biuletynów urzędowych.

f) Polecanie własnych poradników, zwłaszcza w zakresie chorób płciowych i sekretnych, mających na celu zastąpić osobiste badanie lekarskie i leczenie chorego.

g) Publiczne obiecywanie radykalnych wyleczeń.

§ 21. Tembardziej niedozwolone są sposoby reklamy szarlatańskiej, a mianowicie:

a) Nadawanie sobie nienależnych tytułów lekarskich lub naukowych, czy też używanie nawet należnych tytułów w takiej formie, która może w błąd wprowadzić publiczność, co do kwalifikacji fachowych lekarza.

b) Używanie agentów i faktorów dla przysporzenia sobie klijentów bez względu na to, czy lekarz dzieli się wprost zyskiem z nimi, czy też wynagradza usługi ich w inny sposób.

d) Dzielenie się z aptekarzami lub innymi przemysłowcami zyskiem płynącym z zakupu ordynowanych przez lekarza leków lub innych środków, jak również zawieranie umów lub jakichkolwiek innych układów, dotyczących ordynacji lekarskich.

d) Umowy z aptekarzami o odsyłanie do lekarza chorych wzamian za polecanie tym chorym przez lekarza odnośnych aptek, lub wogóle umowy, zmierzające do obopólnego zysku z klijentów.

e) Wydawanie świadectw o skuteczności t. zw. środków tajemnych.

f) Wydawanie świadectw nielekarzom, że osoby te są zdolne da samodzielnego wykonywania czynności lekarskich (felczerzy, akuszerki, pielęgniarki, technicy dentystyczni, masażyści, bandażyści i t. p.) lub polecanie tych osób chorym do samodzielnych czynności lekarskich, jak również używanie ich bez kontroli w praktyce lekarskiej.

g) Wspólne z nielekarzami leczenie chorych; pokrywanie swem nazwiskiem leczenia chorych przez nielekarzy (partaczy leczniczych) lub popieranie ich w jakikolwiekbądź sposób.

IV. Obowiązki lekarzy względem kolegów.

§ 22. Współubieganie się lekarzy o zaufanie publiczności nie powinno się wyradzać w brudną konkurencję, mającą na celu zdobycie klijentów nieetycznemi środkami, uwłaszczającemi godności stanu lekarskiego, naruszającemi koleżeńskie obowiązki i przynoszącem często szkodę chorym.

§ 23. Bezwzględnie należy unikać wypowiadania wobec chorego, jego otoczenia lub wobec innych osób niefachowych, niekorzystnej opinji o działalności zawodowej kolegi, lub osobistych jego wadach.

Niewolno wobec chorego, jego otoczenia, lub wobec osób postronnych krytykować rozpoznania, leczenia, rokowania, lub orzeczenia poprzedniego lekarza.

Zakaz ten odnosi się także do lekarzy szpitalnych, klinicznych i ambulatoryjnych, przyjmujących chorych, którzy dawniej pozostawali w prywatnem leczeniu.

§ 24. Do sposobów brudnej konkurencji należy:

a) Ofiarowywanie tych samych usług lekarskich za tę samą, lub niższą cenę, albo też ofiarowywanie bezpłatnych usług.

b) Zmiana bez wszelkiej potrzeby ordynacji poprzedniego lekarza, zapisywanie tychże leków pod inną postacią, stawianie rozpoznania pod inną nazwą, zwłaszcza jeżeli to zrobiono w celu zdyskredytowania kolegi.

§ 25. Równoczesne leczenie chorego, a tembardziej odwiedzanie go bez wzajemnego porozumienia lekarzy jest niedozwolone.

Wolno jednak lekarzowi ordynować u siebie w domu chorym, którzy jednocześnie znajdują się w kuracji innego lekarza.

W podobnych przypadkach lekarz winien się wstrzymać od wszelkiej krytyki, dotyczącej rozpoznania, leczenia i rokowania, ustalonych przez kolegę.

§ 26. Zakaz leczenia chorych, pozostających pod opieką innych lekarzy nie dotyczy wypadków nagłych, wymagających śpiesznej interwencji lekarskiej wobec groźnego pogorszenia się choroby. W podobnych przypadkach każdy lekarz na wezwanie winien pośpieszyć do chorego w celu jednorazowego zastąpienia kolegi ordynującego, o ile takowy na czas stawić się nie może.

Lekarz doraźnie wezwany winien się ograniczyć li tylko do zarządzeń, których chwilowe niebezpieczeństwo wymaga, pozostawiając dalsze leczenie ordynatorowi, pierwotnie wezwanemu. Lekarz, zaproszony do chorego, leczonego przez innego kolegę, może objąć dalsze leczenie na wyraźną prośbę chorego, lub jego otoczenia pod warunkiem niekrytykowania czynności poprzednika.

§ 27. Jeżeli w razie nagłego zachorowania, nagłego pogorszenia się choroby lub nieszczęśliwego wypadku, wezwanych zostanie jednocześnie kilku lekarzy, to lekarz, który przybył pierwszy, ma pierwszeństwo przy doraźnem udzielaniu pomocy, o ile sam pierwszeństwa tego się nie zrzeknie. Jeżeli w podobnych przypadkach chory nie ma lekarza stale go leczącego, to dalsze leczenie należy do tego lekarza, którego chory, rodzina jego, lub otoczenie sobie życzą.

Jeżeli jednak lekarz, wezwany doraźnie, z powodu nagłej potrzeby, dokona na chorym pewnej operacji, to ma on prawo zaopiekować się i dalszem leczeniem pooperacyjnem. W takim razie dalsze jego wizyty winny się odbywać z wiedzą, za zgodą i jeżeli to jest potrzebne oraz możliwe, w obecności lekarza ordynującego.

§ 28. Czasowo wolno, a nawet należy objąć leczenie chorego w zastępstwie lekarza ordynującego, o ile ten ostatni z powodu choroby, wyjazdu, sprawowania publicznych obowiązków obywatelskich, czy też z innych jakichkolwiek przyczyn, czasowo praktyki wykonywać nie może. W podobnych przypadkach obowiązek koleżeński wymaga, aby lekarz zastępujący zawiadomił rodzinę chorego o powrocie do pracy lekarza ordynującego.

§ 29. Lekarz zastępujący kolegę, nie tylko u pewnych chorych, ale wogóle w praktyce lekarskiej, powinien w czasie zastępstwa strzec interesów kolegi, którego zastępuje, i uważać należy za nadużycie zaufania koleżeńskiego, gdyby zastępca zabiegał o względy chorych lub osób postronnych w tym celu, aby potem na tej podstawie skutecznie konkurować z lekarzem, którego zastępował.

§ 30. Lekarz-zastępca nie powinien zmieniać rozpoznania, leczenia i rokowania, które ordynator ustalił, a w razie nieodzownej ku temu potrzeby, pożądane jest, aby wezwał na naradę drugiego lekarza, o ile środki materjalne chorego na to pozwalają.

§ 31. Za wysoce nieetyczne i niekoleżeńskie uważane być musi postępowanie lekarza, który na zasadzie łączących go z chorym stosunków towarzyskich, przyjaźni lub pokrewieństwa, dałby się skłonić do wykonywania kontroli nad leczeniem, poza plecami lekarza ordynującego.

§ 32. Lekarz powołany do wykonywania kontroli nad chorym bądź z ramienia pewnych instytucyj, jak Kasy Chorych, Tow. Ubezp. od Wypadków, władzy przełożonej chorego i t. p., bądź też jako lekarz zaufania przełożonych osób chorego (pracodawcy i t. p.) winien o ile to jest możebne, zawiadomić lekarza ordynującego o badaniu kontrolnem, by wspólnie z nim odwiedzić chorego i wspólnie ustalić treść wymaganego orzeczenia.

Jedynie tylko w porozumieniu z lekarzem ordynującym może lekarz kontrolujący zdjąć opatrunek w celu badania.

Lekarz kontrolujący powinien podczas wizyty kontrolnej powstrzymać się od wyrażania wobec chorego i jego otoczenia swej opinji o chorobie, jej przebiegu, leczeniu i rokowaniu.

§. 33. Wydawanie świadectw lekarskich t. zw. grzecznościowych, niedostatecznie uzasadnionych i nieodpowiadających rzeczywistości uważane być musi za nieetyczne i karygodne. Wydawanie świadomie fałszywych świadectw lekarskich karane jest K. K. § 444.

§ 34. Wykonywanie stałej praktyki lekarskiej w kilku miejscowościach w stale uprzednio wyznaczonych terminach jest dozwolone, o ile w ciągu miesiąca od daty zgłoszenia nie spotka się ze sprzeciwem ze strony Zarządu Izby Lekarskiej; w razie sporu decyduje Naczelna Izba Lekarska.

Ograniczeniom przy stałem wykonywaniu praktyki lekarskiej w stale uprzednio wyznaczonych terminach w kilku miejscowościach podlegać nie mogą:

a) lekarze wyznaczeni w charakterze lekarzy epidemicznych,

b) obowiązani na podstawie umowy lub stosunku służbowego do wykonywania czynności lekarskich w różnych miejscach w Państwie,

c) podejmujący się zastępstwa na określony przeciąg czasu,

d) osiadający czasowo w celu wykonywania praktyki w uzdrowiskach,

e) lekarze specjaliści przy wykonywaniu swej specjalności.

Wzbronione jest obejmowanie stałych posad w dwu miejscowościach, jeżeli z posadami temi łączy się obowiązek stałej obecności lekarza.

Nie wolno jest lekarzom ordynować w aptekach oraz mieszkaniach i gabinetach felczerów, akuszerek, pielęgniarek i t. p.

§ 35. Lekarzowi nie wolno jest ubiegać się o posadę, którą zajmuje kolega, chyba za jego zgodą, albo też po prawomocnem jej wypowiedzeniu dotychczasowemu lekarzowi. Dalsze wyjątki od powyższych zasad mogą być uwzględniane tylko przez Izbę Lekarską.

Posady lekarskie ogłoszone, jako zostające pod bojkotem przez organizacje lekarskie, mogą być zajmowane tylko po uprzedniem porozumieniu się z temi organizacjami.

Nie wolno jest starać się o posadę przy pomocy ofert ani też przez zaofiarowanie tańszych lub bezpłatnych usług.

C. d. n.

NEKROLOGJA.

Ś. p. Dr. Józef Rostek.

Dnia 28. marca 1929 r. zmarł po krótkich cierpieniach w Katowicach, Naczelnik Wydziału Zdrowia Publicznego, Oficer orderu Polonja Restituta, Członek Honorowy Towarzystwa Lekarzy Polaków na Śląsku, ś. p. Dr. Józef Rostek.

Dr. Józef Rostek urodził się dnia 12. listopada 1859 r. z ojca Florjana i matki Franciszki z Wyszkoniów w Wojnowicach pod Raciborzem, w ostatniej wsi polskiej, na pograniczu językowem polsko-morawskiem. W rok po wojnie austrjackiej, wstąpił do miejscowej szkoły wiejskiej, gdzie nauka wówczas odbywała się jeszcze w języku polskim. W domu rodzicielskim pod okiem matki wprawiał się w czytaniu na „Żywotach Świętych" Skargi. Wspomnienia swoje szkolne z tych czasów opisał później, a prof. Dr. Karwowski umieścił je w rozprawie pod tytułem: „Polacy i język polski na Górnym Śląsku". W maju roku 1870, przeszedł do zupełnie niemieckiej szkoły przygotowawczej w Raciborzu, znając zaledwie kilka słów niemieckich. Znakomity nauczyciel, który się nim szczególnie zaopiekował, powodzenia prusaków (pamiętał doskonale wrażenia zwycięstwa pod Sedanem) tak dalece wpłynęły na wrażliwy umysł dziecka, że na Wielkanoc 1871 r. już do tego stopnia przepojony był niemczyzną, że dyrektor protestanckiego gimnazjum w Raciborzu, przyjął do do sekty, bez wszelkiego egzaminu. Podczas swych studjów gimnazjalnych z zapałem czytywał poetów niemieckich, zwłaszcza Fausta Goethego. Gdy był w sekundzie, dziwnym przypadkiem wpadła mu w rękę książka Józefa Chociszewskiego „Piśmiennictwo Polskie", która odrazu obudziła drzemiące uczucia narodowe, do tego stopnia, że jako siedemnastoletni młodzieniaszek, w największej tajemnicy jedzie do Krakowa, zwiedza Wawel, Skałkę i wszystkie relikwie narodu polskiego. Od tej chwili datuje się apostolstwo polskości Józefa Rostka.

W roku 1880 zapisał się w Wrocławiu na Wydział lekarski i odrazu jako pierwszy górnoślązak-polak, wstępuje do „Kółka Towarzyskiego", składającego się przeważnie z Wielkopolan. Tam zapoznał się i wszedł w bliższe stosunki z ś. p. Dr. Franciszkiem Chłapowskim, prof. Dr. Dembińskim, marszałkiem Trąmpczyńskim, prof. Alfonsem Parczewskim, prof. Janem Kasprowiczem, adwokatem Stanisławem Bełza, oraz obecnym Metropolitą Szeptyckim. Owocem działalności wrocławskiej było założenie Towarzystwa Górnośląskiego Akademików Polaków w Wrocławiu, z którego wyszła prawie cała inteligencja polska Górnego Śląska. Należał również do „Towarzystwa Słowiańskiego", założonego przez prof. Parkinjego, a stojącego pod kierunkiem prof. Stanisława Nehringa.

Po ukończeniu egzaminu lekarskiego dnia 4. lipca 1885, i po otrzymaniu doktoratu w Lipsku w dniu 14. listopada 1885 r. na mocy rozprawy „Zur Frage der Empyemoperation" osiadł w listopadzie 1885 r. w Raciborzu, w lutym zaś następnego roku wstąpił w związki małżeńskie z Ludwiką Trąmpczyńską z Wielkopolski.

Pragnąc się dalej kształcić fachowo, przyjął po jednorocznej praktyce w Raciborzu stanowisko asystenta u prof. Dra Wilhelma Wagneta, dyrektora lazaretu gwareckiego w Królewskiej Hucie, które na Wielkanoc roku 1887, zmienił na stanowisko lekarza wolontarjusza u prof. Dr. Leopolda w Dreźnie, w zakładzie położniczym. Wróciwszy ponownie do Raciborza, uzyskał wkrótce tak obszerne pole pracy, że już w roku 1889, sięgnął — jak sam pisze w swym życiorysie, po „laury polityczne" i założył w Raciborzu pierwsze pismo polskie: „Nowiny Raciborskie", które do niedawna wychodziły na miejscu i przyczyniły się walnie do rozbudzenia i utrzymania polskości w raciborskiem. Żyłka dziennikarska nie przeszkadzała mu w zdobywaniu coraz większej wiedzy lekarskiej — półrocze letnie roku 1892, przebył jako asystent prof. Rydygiera w Krakowie.

W następnych latach obok praktyki, poświęcał ś. p. Dr. Józef Rostek siły swoje pracy w „Towarzystwie Polskiem" w Raciborzu, agitacji wyborczej (występował na 36 wiecach pod gołem niebem jako mówca), w roku 1891, założył pierwszą Śląską Pomoc Naukową dla uczącej się młodzieży na Górnym Śląsku, założył wyłącznie siłami miejscowemi w Raciborzu dom narodowy, pod nazwą: „Strzecha". Śmiało można powiedzieć, że nie było objawu życia narodowego na Śląsku, w któremby Dr. Józef Rostek nie brał udziału, z właściwą sobie niespożytą energją. Należał również do założycieli „Polskiego Towarzystwa Lekarzy na Śląsku", do pism narodowych pisał artykuły z dziedziny higjeny i prawodawstwa ubezpieczeniowego.

Dr. Józef Rostek przez całe swe życie — od chwili przebudzenia się polskiej samowiedzy — ani na chwilę nie sprzeniewierzył się ideologji politycznej polskości na Śląsku, nauczał on Ślązaków, co to jest narodowość, nauczał ich czuć i myśleć po polsku; prawie corocznie zasiadywał na ławie oskarżonych za sprawy polityczne, wobec tego nie zasłużył sobie na tytuł radcy pruskiego.

Podróżował dużo, zwiedził dokładnie południową Francję, Sycylję, Korsykę, Tunis, Grecję, ale przedewszystkiem wolne chwile poświęcał podróżom po ojszystym kraju, rozkoszował się perłami przyrody rodzimej: Tatr i Karpat — zabytki kultury polskiej zwiedzał, objaśniał młodszemu pokoleniu z fanatycznym wprost pietyzmem.

W roku 1914 przeniósł się do Wrocławia wskutek walki ekonomicznej ze sprusaczonym „Leipziger Verband", a z Wrocławia, już podczas wojny, do Strzelca Kujawskiego, gdzie władza pruska powierzyła mu niespodziewanie i samorzutnie urząd dyrektora lazaretu powiatowego.

Dnia 1. lipca 1919 r. powołał Dra Rostka Minister Janiszewski, jako referenta do spraw położniczych do Ministerjum Zdrowia Publicznego. Myśl o Śląsku nie opuszczała go nigdy — w czasie swego pobytu w Warszawie wygłosił cztery razy odczyt wobec tłumnie zgromadzonej publiczności „O politycznem odrodzeniu Śląska".

W lutym 1920, udał się z polecenia Ministerstwa Spraw Zagranicznych do Opawy jako polski Komisarz Graniczny. Na tym stanowisku pozostał aż do chwili objęcia stanowiska Naczelnika Wydziału Zdrowia przy Komisarjacie Plebiscytowym w Bytomiu, a później przy Województwie Śląskiem w Katowicach. Na tym posterunku wytrwał Dr. Józef Rostek aż do chwili śmierci dnia 28. marca 1929 r.

Obok niepospolitych zasług ś. p. Dra Rostka na polu narodowem i społecznem nie wypada nie wymienić jego nieskazitelnego poczucia obowiązkowości. Mimo swego leciwego wieku spełniał do samej śmierci z największą sumiennością swe ciężkie obowiązki urzędnicze, nie oszczędzając się więcej, niż swych podwładnych i nie życząc sobie zasłużonego wypoczynku.

Jako lekarz stał niezachwianie na straży wysokiej etyki i wysokiego poziomu stanu lekarskiego.

Śląsk traci w zmarłym jednego z najwięcej zasłużonych synów, a lekarze Polacy drogiego kolegę, doradcę i przyjaciela.

Niechaj Mu ta stara Ziemia Piastowska, dla której całe życie walczył i pracował, lekką będzie.

Towarzystwo Polaków na Śląsku.

WIADOMOŚCI BIEŻĄCE.

Warszawa.

Posiedzenie Rady do spraw dozoru nad artykułami żywności i przedmiotami użytku. Dnia 18. marca r. b. odbyło się pierwsze posiedzenie Rady do spraw dozoru nad artykułami żywności i przedmiotami użytku; przewodniczył Dyrektor Departamentu Zdrowia p. dr. Piestrzyński. Po przyjęciu regulaminu Rady, przeprowadzono dyskusję nad projektami rozporządzeń o mleku i jego przetworach, o sztucznych tłuszczach jadalnych i o barwieniu artykułów żywności. Podczas omawiania Rozporządzenia o tłuszczach, zwrócono uwagę na konieczność zdecydowania popierania polskiego przemysłu tłuszczowego, przyczem p. prof. Iwanowski postawił tezę, że w najlepszem zrozumieniu ochrony zdrowia ludzkiego należy zalecać raczej spożywanie margaryny i sztucznych tłuszczów, niż tłuszczów naturalnych; fabrykaty — pozostając w czasie produkcji pod stałą fachową kontrolą — dają gwarancję dobroci, zdolności odżywczej, czystości i t. p., co nie da się bynajmniej powiedzieć o słoninie lub smalcu, spożywanych zazwyczaj w stanie zjełczałym i zepsu-

tym. P. Inż. Podraszko poruszył sprawę dodawania do margaryny mąki kartoflanej, jako środka rozpoznawczego, zamiast oleju sezamowego. Argumenty natury technicznej i gospodarczej przekonały dostatecznie wszystkich członków Rady, poza przedstawicielami władz, które uporczywie na stanowisku używania oleju sezamowego.

Wszystkie projekty rozporządzeń odesłano do komisyj, które w liczbie 3 zostały powołane przez Radę; są to komisje: organizacyjna, artykułów żywnościowych, przedmiotów użytku.

Projekt przymusowej praktyki dla młodych lekarzy. W związku z wydaniem nowych przepisów szpitalnych, zamierza Min. Spraw Wewnętrznych przeprowadzić nowelizację ustawy o praktyce lekarskiej. Wprowadzony będzie w życie przymus rocznej praktyki w szpitalach dla początkujących lekarzy przed rozpoczęciem przez nich praktyki prywatnej. Przymus ten ma być wprowadzony od r. 1930.

Polskie Towarzystwo Medycyny Społecznej wystosowało do Izby Lekarskiej Warsz.-Białostockiej w Warszawie pismo następujące:

Rządowy projekt podwyżki komornego proporcjonalnie aż do podwojenia cen obecnych dla stworzenia funduszu budowlanego wywołał bardzo poważny niepokój we wszystkich sferach społeczeństwa, jako środek który musi spowodować głębokie wstrząśnienia ekonomiczne.

Nagłe niepomierne podniesienie ceny mieszkania, tego najniezbędniejszego objektu życia, pociągnie za sobą podrożenie wszystkich najniezbędniejszych artykułów, spowoduje ogólną drożyznę i podetnie egzystencję pracowników umysłowych.

Zawody wyzwolone, w szczególności lekarze, którzy przechodzą obecnie ciężki kryzys w związku z wprowadzanem uspołecznieniem lecznictwa, podwyżki komornego wytrzymać nie będą w możności.

Obecne komorne, przerachowane z przedwojennego w stosunku 2.66 za rubla — stanowi już dziś u lekarzy, coraz mniej nagół zarabiających, tak poważną rubrykę w wydatkach, że lekarze coraz bardziej mu podołać nie mogą.

O utrzymanie mieszkania własnego przez lekarza początkującego bez pomocy rodziny dziś mowy niema — nawet znane nam są przypadki likwidowania własnego mieszkania przez lekarzy nie mogących wyżyć z praktyki. Wszelkie nowe próby podniesienia komornego powiększą tylko zastępy takich bankrutów lekarskich.

Na zasadzie powyższego Polskie Towarzystwo Medycyny Społecznej zwraca się zgodnie z uchwałą swych członków z dnia 26. marca 1929 do Izby Lekarskiej Warszawsko-Białostockiej z wnioskiem wystąpienia z protestem przeciwko projektowi stworzenia funduszu budowlanego drogą podwyżki komornego — w obronie Stanu Lekarskiego.

Sekretarz: *Dr. W. Knappe.* Prezes: *Dr. K. Dluski.*

Kraków.

Zarząd Okręgu Krakowskiego Związku Lekarzy Państwa Polskiego (Radziwiłłowska 4) utworzył referat pośredniczenia w obejmowaniu wolnych posad jakoteż i zastępstw zwłaszcza podczas letnich urlopów wypoczynkowych, przez kolegów członków Związku L. P. P. Upraszamy o szybkie zgłaszanie wolnych posad względnie zastępstw z podaniem terminu, specjalności oraz warunków płacy, by wydelegowanie zastępców ze względu na nadchodzące urlopy letnie mogło być pewne i odpowiednie.

Lwów.

Lwowskie Towarzystwo Lekarskie. XII. Posiedzenie naukowe odbyło się dnia 19. kwietnia b. r. z następującym porządkiem dziennym: 1) kol. K. Szumowski: Przypadek twardzieli leczony diathermją i promieniami Roentgena (pokaz); 2) kol. W. Elmer i M. Scheps: Przypadek cukrzycy kiłowej (pokaz): 3) kol. J. Lenartowicz: Z badań nad kiłą doświadczalną (wykład). W dyskusji zabierali głos następujący kol.: Dobrzański, Gąsiorowski, Goldschlag, Pisek.

Poznań.

Poznański jubileuszowy Kalendarz Nowin Lekarskich na rok 1929. Świeżo opuścił prasę kalendarz lekarski wydany przez czasopismo Nowiny Lekarskie. Wydawnictwo to ujęte w bardzo estetyczną, a przytem przyjemną formę zawiera najważniejsze daty i wskazówki, potrzebne na każdym kroku lekarzowi praktycznemu. Z tego też względu jest kalendarz ten bardzo pożytecznym podręcznikiem dla każdego lekarza i zasługuje na jak najszczersze rozpowszechnienie.

II. Zjazd chemików polskich. W dniu 2—4 lipca r. b. odbędzie się pod protektoratem Pana Prezydenta Rzeczypospolitej II. Zjazd Chemików Polskich. Zjazd zostaje zwołany do Poznania w czasie trwającej tam Powszechnej Wystawy Krajowej i ma na celu przedstawić szerokiemu ogółowi, tak z wewnątrz jak i z zewnątrz kraju, dorobku Polski w dziedzinie chemji czystej, technologji chemicznej oraz dydaktyki chemji.

Wszystkie sprawy związane ze Zjazdem prosimy skierowywać przed dniem 1-szym maja do Głównego Komitetu Wykonawczego, Warszawa, Politechnika, Polskie Towarzystwo Chemiczne, — po 1-szym maja do prof. Konstantego Hrynakowskiego, Przewodniczącego Poznańskiego Komitetu Wykonawczego II. Zjazdu Chemików Polskich — Poznań, Zamek.

Wilno.

Twardziel na Wileńszczyźnie. Na Wileńszczyźnie, w Nowogródzkiem i Grodzieńskiem przeprowadzone zostaną laryngologiczne i bakterjologiczne badania nad twardzielą w miejscowościach, gdzie powstały ogniska tej choroby, pod kierunkiem profesora dra Jana Szmurły, dyrektora kliniki otolaryngologicznej Uniwersytetu Stefana Batorego w Wilnie. Cała akcja, finansowana przez Ministerstwo Spraw Wewnętrznych (Departament V. Służby Zdrowia), będzie miała na celu przebadanie ludności i wyłowienie tajonych, względnie dotychczas nierozpoznanych przypadków tej choroby.

Zjazd ogólny polskiego lekarskiego Towarzystwa radjologicznego. W czasie XIII-go Zjazdu Lekarzy i Przyrodników Polskich, który zbiera się w Wilnie w dn. 26—29 września 1929 r., odbędzie się, jako sekcja odrębna tegoż Zjazdu — Zjazd Ogólny Polskiego Lekarskiego Towarzystwa Radjologicznego.

Tematy główne Zjazdu P. L. T. R.: Temat I. Leczenie spraw zapalnych promieniami Roentgena. Sprawozdawcy: Prof. Dr. Karol Mayer (Poznań). Docent Dr. Józef Jaxa Dębicki (Lwów). Temat II. Działanie promieni Roentgena na gruczoły dokrewne i jego zastosowanie lecznicze. Sprawozdawcy: Dr. Bronisław Sabat (Warszawa). Dr. Edward Bruner (Warszawa). Temat III. Rozpoznanie rentgenologiczne nowotworów płuc i śródpiersia. Sprawozdawcy: Docent Dr. Adam Elektrowicz (Warszawa). Dr. Henryk Adelfang (Warszawa). Temat IV. Zmiany kiłowe narządu krążenia w obrazie rentgenologicznym. Sprawozdawcy: Dr. Emil Meisels (Lwów). Dr. Witold Zawadowski (Warszawa).

Wszystkie zapytania tyczące się powyższego Zjazdu, oraz zgłoszenia referatów na tematy dowolne należy nadsyłać pod adresem Przewodniczącego sekcji — Docenta Adama Elektrowicza (Warszawa, Hoża 19). Ze względów organizacyjnych uprasza się o jak najszybsze zgłaszanie referatów. Sekretarzem i gospodarzem sekcji w Wilnie jest Dr. Leon Sułkowski, (Wilno, Szpital Kolejowy).

Ze świata.

I Kongres Międzynarodowy Aktynologów. W dniach 22—24 lipca r. b.: odbędzie się w Paryżu Pierwszy Kongres Międzynarodowy Aktynologiczny, organizowany przez paryski Instytut Aktynologiczny. Kongres będzie połączony z wystawą przyrządów aktynologicznych, oraz z wykładami. Koszt karty uczestnictwa wynosi 100 franków francuskich. Osoby towarzyszące płacą 50 franków. Zapisy skierowywać należy do Dra Dufestel, 150 bis Boulevard Pereire, Paris XVII; — zgłoszenia odczytów przyjmuje się do 1-go lipca r. b. — Jako języki urzędowe uznane są: francuski, angielski, niemiecki, włoski. Ogłoszono następujące tematy programowe: 1. Wybór jednostki dawkowania promieni nadfjołkowych. — 2. Leczenie światłem gruźlicy otrzewnej. — 3. Wartość zapobiegawcza promieni nadfjołkowych. — 4. Leczenie gośćca promieniami podczerwonemi.

Epidemja grypy. Grypa szerzy się w roku bieżącym bardziej, niż w roku zeszłym i posiada wyższą śmiertelność. Biuletyn sekcji higjeny Ligi narodów wykazuje, iż w roku zeszłym najwyższa śmiertelność wynosiła 44,7 na 1000, w bieżącym zaś roku ilość wypadków śmiertelnych przekroczyła już w Szkocji i Irlandji 50 na 1000. Najbardziej dotknięte klęską grypy były wyspy Brytyjskie. W Warszawie śmiertelność wynosiła 19 na 1000 mieszkańców.

Rad na zwalczanie raka. Siedemdziesiątą rocznicę urodzin króla szwedzkiego Gustawa V-go naród szwedzki uczcił przez zebranie przeszło miljona koron szwedzkich, które wręczono królowi do jego rozporządzenia. Król przyjął hojną ofiarę swego narodu i całą sumę przeznaczył na zwalczanie raka, a przedewszystkiem na kupno sześciu gramów radu. Rad ten będzie podzielony pomiędzy szwedzkie instytucje naukowe.

VI Francuski Kongres Stomatologiczny. VI Francuski Kongres Stomatologiczny odbędzie się w Paryżu w czasie od 22 do 29 października 1929 w Wydziale Lekarskim Uniwersytetu Paryskiego i w Ecole Francaise de Stomatologie. Programem są objęte: 1. Thibault, Raison: Posocznice biorące swój początek w jamie ustnej. — 2. Lacronique: Chirurgiczne leczenie zakażeń okołowierzchołkowych, wyłyżeczkowanie i odcięcie wierzchołka korzenia. — Pozatem będzie omawiana kwestja: „Zapobiegania próchnicy zębowej".

IV Niemiecki Zjazd Lekarzy-Dentystów. IV Niemiecki Zjazd Lekarzy-Dentystów odbędzie się w czasie od 2 do 8 września 1929 w Kolonji w myśl uchwały powziętej przez Centralny Związek Lekarzy-Dentystów Niemieckich na zjeździe poprzednim odbytym w roku 1928 w Dreźnie. Równocześnie święcić będzie Związek lekarzy-dentystów Nadrenji i Westfalji pięćdziesięciolecie swego istnienia. Komitet miejscowy dołoży wszelkich starań, by Zjazd udał się jak najlepiej i stanął na odpowiedniej wyżynie naukowej. Również strona naukowa nie będzie pominięta celem bliższego zaznajomienia się Kolegów pomiędzy sobą. W szeregu artykułów mających się ukazać w czasopismach fachowych niemieckich będzie dana Kolegom możność poznania historji i kultury Nadrenji a w szczególności Kolonji i jej znaczenia historycznego i kulturalnego. Zarząd miasta Kolonji z burmistrzem Drem Adenauerem na czele dołoży wszelkich starań, by uczestnicy zjazdu, który po 21 latach znowu się odbędzie w Kolonji, odnieśli jak największą korzyść. Na czele Komitetu organizacyjnego stoją: Prof. Zilkens przewodniczący Towarzystwa lekarzy-dentystów Nadrenji i Westfalji, Dr. Schwarzschild, przewodniczący Związku Okręgowego Lekarzy-Dentystów w Nadrenji i Dr. Hüsten przewodniczący Towarzystwa dentystycznego w Kolonji.

Kurs dokształcający z dziedziny radjodjagnostyki gruźlicy płuc i chorób dróg oddechowych urządza w Strasburgu tamtejszy Wydział Lekarski wspólnie z Towarzystwem walki z gruźlicą. Kurs ten odbędzie się w czasie od 24 do 30 czerwca b. r. pod kierunkiem Dra Gunsett'a dyrektora regjonalnego ośrodka walki z rakiem i Vaucher'a sekretarza generalnego Alzacko-Lotaryńskiego Towarzystwa walki z gruźlicą przy współudziale miejscowych profesorów Wydziału lekarskiego i lekarzy specjalistów. Wszelkich bliższych wiadomości o tym kursie zasięgnąć można u p. Dr. E. Vauchera, 8 quai Finkwiller, Strasbourg.

Samobójstwo prof. Pirqueta. Śledztwo policji wiedeńskiej w sprawie zagadkowego zgonu słynnego lekarza chorób dziecięcych i profesora uniwersytetu wiedeńskiego, Pirqueta i jego małżonki stwierdziło, że profesor popełnił wraz z żoną samobójstwo. Dowodzą tego listy, pozostawione przez profesora.

W dniu śmierci wręczył prof. Pirquet swojemu zastępcy, dr. Noblowi skrzynkę, zawierającą testament i listy. Pomiędzy listami znajdowała się koperta z napisem: „Otwórzcie natychmiast po mojej śmierci". Koperta ta zawierała listy pożegnalne do krewnych i znajomych.

W skrzynce znajdował się również list z datą 28 lutego, t. j. z datą jego śmierci. W liście tym uprasza prof. Pirquet, ażeby nie dokonywano obdukcji jego zwłok i żony. Badania lekarzy stwierdziły, że przyczyną śmierci nie było zaczadzenie, lecz zażycie ostrej trucizny.

Kalendarz Zjazdów.

V Międzynarodowy Kongres medycyny i farmacji wojskowej w Londynie od 6 do 11 maja 1929.

I Międzynarodowy Kongres lotnictwa sanitarnego w Paryżu od 15 do 20 maja 1929.

XII Międzynarodowa Konferencja pracy w Genewie od 30 maja 1929.

I Zjazd dermatologów słowiańskich w Warszawie 29 i 30 czerwca 1929.

Zjazd lekarzy w Paryżu zorganizowany przez czasopismo „Revue médical" od 9 do 14 czerwca 1929.

II Zjazd chemików polskich w Poznaniu od 2 do 4 lipca 1929.

V Kongres francuskich dermatologów i syfilidologów w Paryżu 25, 26 i 27 lipca 1929.

I Międzynarodowy Kongres Aktynologiczny w Paryżu od 22 do 24 lipca 1929.

V Międzynarodowa Konferencja Zrzeszenia Nowego Wychowania w Helsingör (Danja) od 8 do 12 sierpnia 1929.

Fédération dentaire internationale w Utrecht (Holandja) w początku sierpnia 1929.

XIII Zjazd lekarzy i przyrodników polskich w Wilnie od 26 do 29 września 1929.

VIII Zjazd Towarzystwa Internistów polskich w Wilnie od 26 do 29 września 1929.

IV Polski Zjazd stomatologiczny w Wilnie od 26 do 29 września 1929.

Zjazd ogólny Polskiego Lekarskiego Towarzystwa Radjologicznego w Wilnie od 26 do 29 września 1929.

Wycieczka naukowy lekarzy do zdrojowisk włoskich od 10 do 26 września 1929.

IV Zjazd lekarzy-dentystów niemieckich w Kolonji od 2 do 8 września 1929.

VI Zjazd stomatologów francuskich w Paryżu od 22 do 29 października 1929.

Zmarli.

Dr. Wiktor Legeżyński, em. lekarz naczelny miasta Lwowa, zmarł we Lwowie w 65-tym roku życia.

Sprostowanie omyłek druku.

W ogłoszonej w numerze 16-tym Polskiej Gazety Lekarskiej z r. b. pracy Doc. Dr. A. Ławrynowicza i Dr. Z. Czyżewskiej p. t.: „Anatoksyna paciorkowcowa w praktyce szczepień ochronnych przeciwpłoniczych" zaszły następujące omyłki druku:

na stronie 293, szpalta druga w wierszu 14-tym od dołu zamiast *Kurycyna* ma być *Kuricyna*,

w wierszu zaś 9-tym od dołu tej samej szpalty zamiast *najodponiejsze* ma być *najodpowiedniejsze*.

Redakcja otrzymała:

Stan. Wąsowicz: „Spostrzeżenia kliniczne u chorych niepratkujących". Odbitka z „Gruźlicy", nr. 1, rocznik IV, 1929.

Kaz. Dąbrowski: „O zwapnieniach w gruźlicy płuc". Odb. z „Gruźlicy", nr. 1, rocznik IV, 1929.

Ministerstwo pracy i opieki społecznej. „III Rocznik Ubezpieczeń społecznych w Polsce rok 1927". Nakł. Ministerstwa pracy i opieki społecznej. Warszawa 1929.

I. Ducuing: „Phlebites, thromboses et embolies post-operatoires". Masson et Cie Paris 1929.

St. Klein: „Żółtaczka hemolityczna" (Konstytucja hemolityczna). Zeszyt XIII wydawnictwa Medycyna w monografjach, wykładach klinicznych i poglądowych pracach naukowych. Warszawa, 1929 r.

Wlodz. Badmajeff: „Chi Szara Badahan", zasady medycyny tybetańskiej. Warszawa 1929.

Sprawozdanie z działalności Łódzkiego Towarzystwa zwalczania raka za czas od IV 1927 do 31. XII. 1928.

Dr. Jakób Frostig: „Das Schizophrene Denken". Phänomenologische Studien zum Problem der Widersinnigen Sätze. Nakł. Georg Thieme, Lipsk.

Lumière Aug.: „Le cancer". Maladie des cicatrices. Wyd. Centre anticancéreux de Lyon. Nakł. Masson et Cie Paris 1929.

A. Krakowski: „Leczenie pląsawicy dożylnemi wstrzykiwaniami adrenaliny". Odb. z Kwartalnika klinicznego, tom VII, zeszyt 1, r. 1928.

L. E. Bregman i P. Szpilman - Neudingowa: „Zur Lipjodoldiagnose bei Rückenmarkskrankheiten". Odb. z Deutsche Zeitschrift für Nervenheilkunde, tom 103, zeszyt 5 i 6.

L. E. Bregman i K. Poncz: „Enzephalitis nach Masern". Odb. z Wiener Mediz. Wochenschrift, nr. 9 z r. 1929.

L. E. Bregman i K. Poncz: „O powikłaniach mózgowych po odrze". Odb. z Warsz. Czas. lek.

L. E. Bregman i St. Gleichgewichtowa: „Przyczynek do myoklonji".

L. E. Bregman i P. Szpilman - Neudingowa: „W sprawie rozpoznawania schorzeń rdzeniowych zapomocą lipjodolu". Odb. z Neurologji Polskiej, tom XI, zesz. 1, z r. 1928.